



IM WECHSELBAD DER GEFÜHLE

MANIE UND DEPRESSION

DIE BIPOLARE STÖRUNG

**Ratgeber für Betroffene
und Angehörige**

Rita Bauer, Michael Bauer, Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Martin Kolbe



DIE KREATIVE SEITE DER BIPOLAREN STÖRUNG

Diese Broschüre zeigt ausschließlich Werke bipolarer Künstlerinnen und Künstler. Die Autorenangaben zu den hier verwendeten Bildern finden Sie auf Seite 58.

Herzlichen Dank an alle Künstler für die Bereitstellung ihrer Arbeiten!

DGBS-RATGEBER, 3. AUFLAGE 2017

AUTOREN Rita Bauer, Michael Bauer, Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Martin Kolbe

HERAUSGEBER Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

🏠 **Adresse** DGBS · Klinik für Psychiatrie | Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

☎ **Telefon** 0700 / 33 34 44 54 (gebührenpflichtig)

✉ **E-Mail** info@dgbs.de

🌐 **Internet** www.dgbs.de

1. Vorsitzender der DGBS: Prof. Dr. med. Martin Schäfer, Essen

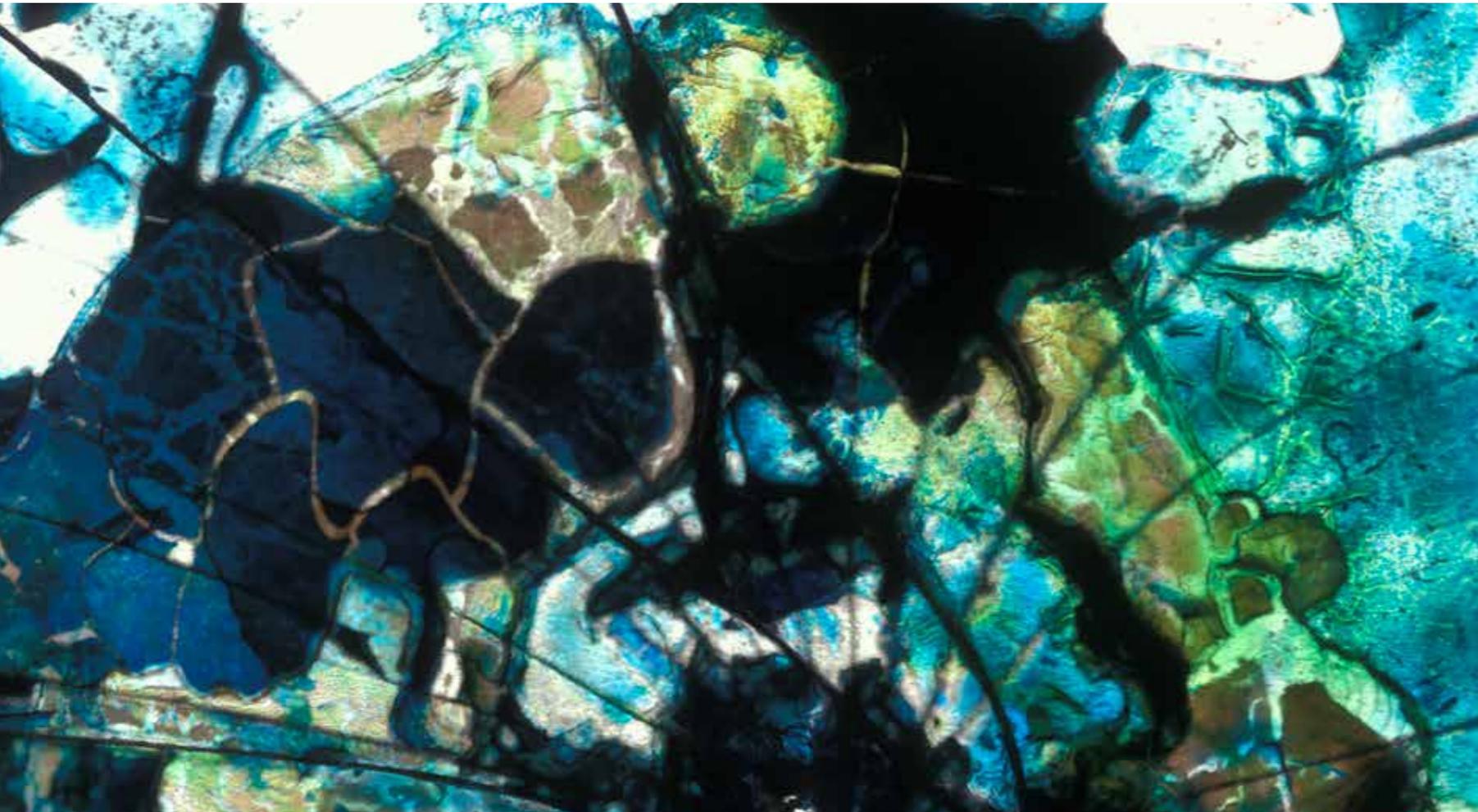
Vereinsregister: Amtsgericht Freiburg i.B. Vereinsregisternummer: VR 3310

Layout & Satz: Selina Peterson | www.selina-peterson.de

HINWEIS Die medizinische Forschung entwickelt sich immer weiter und auch die klinische Erfahrung nimmt ständig zu, so dass die hier angegebenen Informationen zur Behandlung und insbesondere auch zur medikamentösen Therapie dem jetzigen Wissensstand bei Fertigstellung der Broschüre entsprechen. Eine Gewähr für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann weder von den Autoren noch vom Herausgeber übernommen werden. Grundsätzlich ist es Aufgabe des behandelnden Facharztes, über Medikation, Dosierung und Beachtung der Kontraindikationen zu beraten. Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autoren und des Herausgebers nicht zulässig.

INHALT

VORWORT	05
WAS IST EINE BIPOLARE STÖRUNG?	07
MÖGLICHE URSACHEN UND ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN	08
VERLAUF DER BIPOLAREN STÖRUNG & VERSCHIEDENE VERLAUFSFORMEN	10
KRANKHEITSZEICHEN (SYMPTOME) DER BIPOLAREN STÖRUNG	12
Krankheitszeichen der Depression	12
Krankheitszeichen der Manie	17
Krankheitszeichen der gemischten Episode	19
UNTERSUCHUNG (DIAGNOSTIK)	20
Mit welchen anderen Erkrankungen kann die Bipolare Störung auftreten?	22
BEHANDLUNG (THERAPIE) DER BIPOLAREN STÖRUNG	24
Medikamentöse Behandlung der Manie	27
Medikamentöse Behandlung der bipolaren Depression	30
Medikamentöse Behandlung der manisch-depressiven Mischzustände	32
Vorbeugende Behandlung (Rezidivprophylaxe)	32
Psychotherapie und Psychoedukation	34
Ergänzende Behandlungsstrategien	36
Lebensstil – Ernährung und Sport.....	38
Ambulante oder stationäre Behandlung?	40
AKTIVER UMGANG MIT DER BIPOLAREN STÖRUNG	41
SELBSTHILFE UND TRIALOG	43
WIE KÖNNEN ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN?	46
KINDER BIPOLAR ERKRANKTER	48
Buchempfehlungen	50
Adressen	53
Ziele und Entwicklungsschritte der DGBS	54
Kennen Sie schon... ..	56
Antrag auf Mitgliedschaft	57
Künstlerverzeichnis	58



VORWORT

Die bipolare affektive Störung, früher als manisch-depressive Erkrankung und in diesem Ratgeber kurz als bipolare Erkrankung bzw. Bipolare Störung bezeichnet, verläuft in Episoden (Phasen) und kann zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität, insbesondere auch der psychosozialen Entwicklung, führen, so dass die Früherkennung dieser Erkrankung und ein frühzeitiger Behandlungsbeginn ausgesprochen wichtig sind. Oft beginnt die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter, also in einer Phase, in der noch wichtige Schritte für die weitere Lebensplanung (z.B. Ausbildung) gemacht werden. Nicht nur der Betroffene ist von dieser Erkrankung erheblich beeinträchtigt, sondern die gesamte Familie.

Wichtig wird sein, erste Anzeichen einer Erkrankungsphase wahrzunehmen, um entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Wichtige Behandlungsstrategien sind einerseits medikamentöser Art und andererseits psychotherapeutischer.

Je besser der Betroffene und seine Familienangehörigen über den Verlauf der Erkrankung informiert sind, umso besser gelingt ein adäquater Umgang mit der Erkrankung. Dieser Ratgeber soll dabei helfen, die Symptome der Erkrankung rechtzeitig zu erkennen und wichtige Therapiestrategien zu erläutern. Neben der Behandlung mit Medikamenten in der akuten Erkrankungsphase werden auch Medikamente vorbeugend (prophylaktisch) gegeben, um erneute Erkrankungsphasen zu verhindern. Dies bedeutet aber auch, dass der Patient und seine Angehörigen in hohem Maße zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bereit sein müssen. Für eine Erstinformation ist dieser kurze Ratgeber gedacht. Er kann natürlich nicht das Gespräch mit dem behandelnden Arzt ersetzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS; www.dgbs.de) wurde als gemeinnütziger Verein ins Leben gerufen mit der Aufgabe, einen Erfahrungsaustausch zwischen Professionellen, Betroffenen, Angehörigen sowie allen am Gesundheitswesen Beteiligten zu ermöglichen. Ziel der DGBS ist es u.a., die Bedürfnisse von Menschen mit einer bipolaren Erkrankung in der Öffentlichkeit und in der Politik zur Geltung zu bringen, ferner Selbsthilfe, Fortbildung und Forschung zu unterstützen. Für Anregungen und Kritik sind wir dankbar.

Die Autoren, Herbst 2017

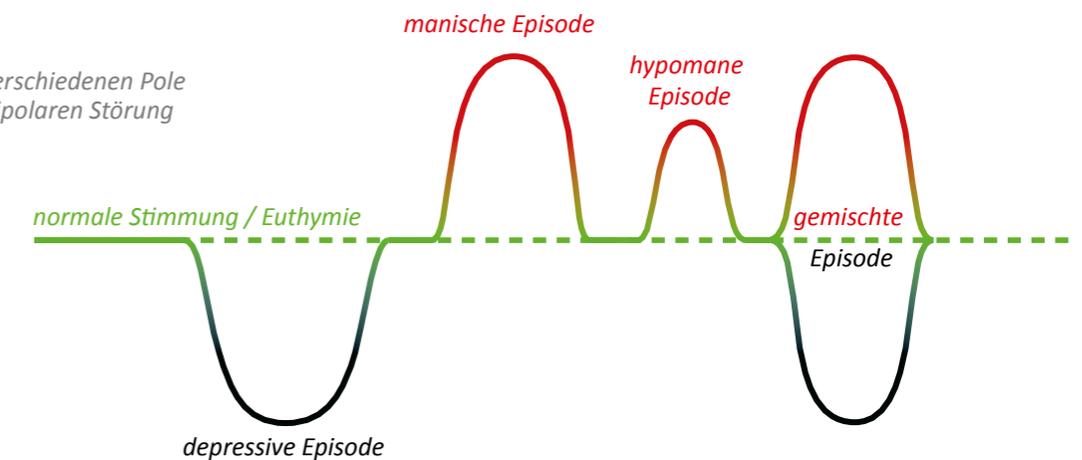
WAS IST EINE BIPOLARE STÖRUNG?

Bei der Bipolaren Störung kommt es zu mehreren, manchmal sehr vielen Episoden, in denen die Stimmung und das Aktivitätsniveau deutlich beeinträchtigt sind. Es können Episoden mit gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und vermehrter Aktivität sein (Manie), aber auch Episoden mit einer niedergedrückten Stimmung und mit vermindertem Antrieb und verminderter Aktivität (Depression) auftreten.

Es sind also zwei (bi) entgegen gesetzte Stimmungen, einerseits die euphorische oder „himmelhoch jauchzend“ und andererseits die depressive, niedergeschlagene Stimmung oder „zu Tode betrübt“, möglich. Die Betroffenen erleben ein „Wechselbad der Gefühle“.

Diese Stimmungsschwankungen können so ausgeprägt sein, dass ein normaler Alltag nicht mehr möglich ist. Neben diesen Extremen der Stimmungsveränderungen und damit auch Veränderungen im Verhalten und im Denken sind auch mildere, nicht so ausgeprägte Veränderungen möglich. Auch kann es Phasen geben, in denen gleichzeitig sowohl manische als auch depressive Krankheitszeichen vorkommen (so genannte gemischte Episoden).

Die verschiedenen Pole
der Bipolaren Störung



MÖGLICHE URSACHEN UND ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN

Grundsätzlich ist von einem Zusammenwirken verschiedener Faktoren auszugehen, die in enger Wechselwirkung stehen. **Dabei sind einerseits erbliche (genetische) Faktoren, zum anderen psychosoziale Belastungsfaktoren, insbesondere Stressfaktoren, zu nennen. Es ist also von einer Verzahnung biologischer und psychosozialer Faktoren auszugehen.**

Bei der manisch-depressiven Erkrankung ist die genetische Komponente ausgeprägt. Hierbei ist zu beachten, dass die Veranlagung, also die Neigung zu der Erkrankung, vererbt wird. Die manisch-depressive Erkrankung ist jedoch keine Erbkrankheit im eigentlichen Sinne, d.h. nicht ein einzelnes defektes Gen ist verantwortlich für die Erkrankung. Dennoch spielen genetische Faktoren eine große Rolle, denn man geht heute davon aus, dass eine Vielzahl von Genen (vermutlich mehr als 100 Gene – die Forschung ist gerade in diesem Bereich heute sehr im Fluss) an dem Entstehungsprozess beteiligt sind. Etwa 50 % aller bipolar Erkrankten haben Angehörige, die ebenfalls unter einer Bipolaren Störung leiden. Bei eineiigen Zwillingen (also genetisch völlig gleichen Zwillingen) ist die Wahrscheinlichkeit, an einer bipolaren Erkrankung zu leiden, etwa 60 bis 80 Prozent, wenn auch der andere Zwilling bipolar erkrankt ist. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei 20 Prozent. Aus Familienuntersuchungen, Zwillings- und Adoptionsstudien ist bekannt, dass das Erkrankungsrisiko für Angehörige ersten Grades (also für die Kinder von bipolar erkrankten Eltern beispielsweise) erhöht ist. Diese Verwandten ersten Grades haben aber nicht nur ein erhöhtes Risiko, an einer Bipolaren Störung zu erkranken, sondern auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für die unipolare Depression oder für andere psychische Erkrankungen, beispielsweise Angststörungen oder Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch.

Die bipolare Erkrankung ist also keine „klassische“ Erbkrankheit, d.h. man kann nicht sicher sagen, dass ein Kind eines bipolar erkrankten Menschen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit erkranken wird. Immer sind andere Faktoren, insbesondere Umweltfaktoren, zu berücksichtigen. In welcher Weise Umwelt und Gene in sich bedingender Wechselwirkung stehen, ist heute noch größtenteils unbekannt. Bisher geht man davon aus, dass nicht ein einzelnes Gen, sondern ein bestimmtes Genmuster und dessen Zusammenspiel für die genetische Veranlagung zu Bipolaren Störungen verantwortlich sind. Insbesondere sind Veränderungen der Gene anzunehmen, die mit dem Stoffwechsel der Botenstoffe (Neurotransmitter) zusammenhängen. Neurotransmitter sind chemische Botenstoffe, die an der Weiterleitung von Nervimpulsen im Gehirn beteiligt sind. Bei bipolaren Betroffenen zeigen sich Veränderungen dieser Neuro-

ransmitter in den Krankheitsphasen. Botenstoffe dienen der Kommunikation zwischen den Zellen. Bei der Depression sind insbesondere die Botenstoffe Noradrenalin und Serotonin beteiligt, bei den manischen Phasen wird eher eine Erhöhung von Dopamin und Noradrenalin angenommen.

Weitere biologische Beeinträchtigungen bei der bipolaren Erkrankung werden an den Kalziumionenkanälen vermutet, über die der Kalziumaustausch der Zelle läuft und bestimmte Informationsvermittlungen dadurch beeinträchtigt sein können. Weitere biologische Faktoren stellen neuroendokrinologische Befunde dar, die ein Ungleichgewicht in den hormonregulierenden Gehirnregionen (Hypothalamus und Hypophyse) sowie der Nebennierenrinde und der Schilddrüse annehmen. So konnten beispielsweise bei manischen Patienten oder Patienten mit gemischten Phasen einer Bipolaren Störung erhöhte Kortisol-Konzentrationen gezeigt werden.

Neben den biologischen Faktoren sind Auslösefaktoren von entscheidender Bedeutung. Hier ist insbesondere der Stress als wichtiger Faktor für eine Auslösung einer bipolaren Erkrankung zu nennen. Belastende Lebensereignisse oder Situationen, die individuell als erheblicher Stress erlebt werden, können auslösend für eine bipolare Erkrankung sein, beispielsweise Trennung, Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen, aber auch einschneidende Lebensveränderungen, die nicht grundsätzlich negativ sind, wie beispielsweise Heirat, Umzug, Pensionierung. Auch können Erkrankungsphasen nach stressreichen Zeiten, beispielsweise nach einer bestandenen Prüfung, auftreten. Häufig ist es so, dass vor einer ersten Krankheitsepisode eine große Stressbelastung bestand, während spätere Krankheitsphasen seltener mit Stress im Vorfeld in Zusammenhang stehen (dieses wird Kindling-Effekt genannt). Insbesondere Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, speziell auch Schlafmangel, können Erkrankungsepisoden auslösen. Daneben können auch andere psychosoziale Belastungsfaktoren sowie Drogen- und/oder übermäßiger Alkoholkonsum Krankheitsepisoden auslösen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass es nicht nur eine Ursache für die Entstehung einer bipolaren Erkrankung gibt, sondern dass verschiedene sowohl biologische, hier vor allem genetische Faktoren als auch Umweltfaktoren, insbesondere Stressfaktoren, miteinander in Wechselwirkung stehen. Es ist von einem so genannten „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ auszugehen; darunter wird eine Verzahnung genetischer Veranlagungen für die Entwicklung einer bipolaren Erkrankung verstanden. Die Erkrankung bricht jedoch nur dann aus, wenn ungünstige Lebensumstände dazu führen, dass eine erhebliche Stresssituation entsteht und dann bei vorliegender Vulnerabilität (Anfälligkeit des Gehirns für bestimmte Stressoren) die Erkrankung ausbricht. Ein Verständnis für dieses „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ kann erkrankten Menschen helfen, auf ihre Erkrankung besser Einfluss zu nehmen, indem sie versuchen, Stressfaktoren individuell zu erkennen und sie zu minimieren.

VERLAUF DER BIPOLAREN STÖRUNG & VERSCHIEDENE VERLAUFSFORMEN

Die bipolare Erkrankung ist gekennzeichnet durch so genannte Episoden, die in Form von Manien, Depressionen, Hypomanien (leichte Manien) oder manisch-depressiven Mischzuständen auftreten können und phasenweise auftreten. Die Wechselhaftigkeit ist typisch für alle affektiven Störungen, zu denen die bipolare Erkrankung zählt. Zwischen den einzelnen Episoden können gesunde „krankheitsfreie“ Intervalle auftreten, in denen völlige Beschwerdefreiheit besteht. Mit zunehmendem Lebensalter verkürzen sich oft die beschwerdefreien Zeiten und es kann zu immer häufigeren Krankheitsphasen kommen: um dieses zu verhindern, werden vorbeugend Medikamente eingesetzt.

Die bipolare Erkrankung tritt bei den meisten Patienten erstmalig im jugendlichen Alter oder im jungen Erwachsenenalter auf. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da die Erkrankung zu einem Zeitpunkt beginnt, in dem noch viele wichtige Entwicklungsschritte wie beispielsweise Schulabschluss und Ausbildung bevorstehen. Oft wird jedoch die Erkrankung im jugendlichen Alter nicht erkannt, die Stimmungsschwankungen werden als altersbedingte „Pubertätsschwankungen“ fehlgedeutet. Häufig werden erst bei späteren Erkrankungsphasen rückblickend diese Veränderungen richtig eingeordnet. Bei Erstauftreten mit einer depressiven Episode kann die Zuordnung zu einer bipolaren Erkrankung noch nicht gemacht werden, sondern erst im weiteren Verlauf, wenn auch manische oder hypomanische Episoden auftreten. Dann erst ist die Diagnose einer bipolaren Erkrankung möglich.

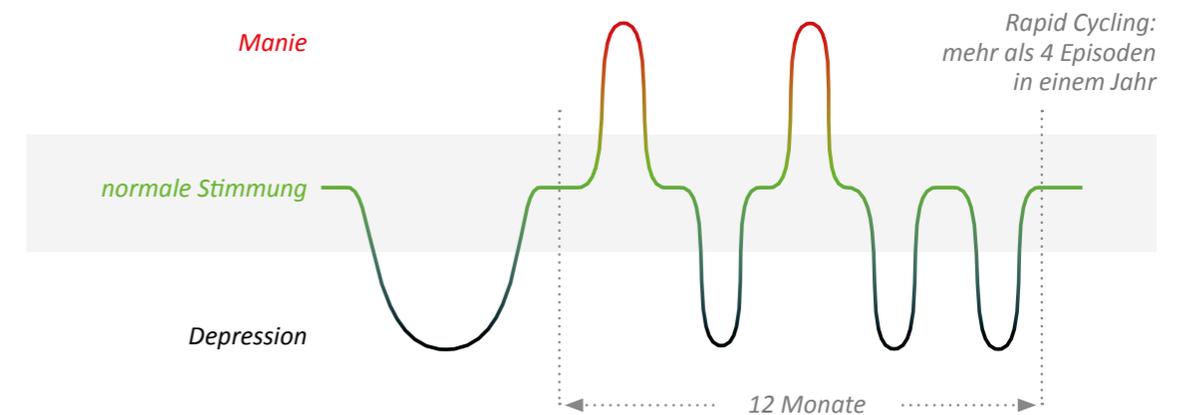
Aus Verlaufsuntersuchungen ist bekannt, dass bei schweren depressiven Episoden im Kindes- und Jugendalter ein erhöhtes Rückfallrisiko (Rezidivrisiko) besteht. Aus Untersuchungen weiß man, dass der Verlauf umso ungünstiger ist, je früher das Erkrankungsalter ist, je häufiger Krankheitsepisoden auftreten, z.B. mehrmals im Jahr, wenn häufige, sehr ausgeprägte Krankheitsepisoden auftreten (auch mit Auftreten von psychotischen Merkmalen), wenn die einzelne Krankheitsepisode sehr lange andauert, wenn es nur zu einer unvollständigen Rückbildung der Beschwerden kommt, wenn zusätzlich schwerwiegende körperliche Erkrankungen oder andere psychische Begleiterkrankungen vorliegen (z.B. Sucht- oder Angsterkrankungen) oder wenn es zu Selbsttötungsgedanken oder -versuchen gekommen ist.



Unterschiedliche Verlaufsgruppen sind zu nennen:

die **Bipolar-I-Gruppe** mit manischen und depressiven Episoden, die **Bipolar-II-Gruppe** mit depressiven Episoden und ausschließlich hypomanischen Episoden (also keine Manien).

Als Sonderform der Bipolaren Störung gilt das „**Rapid Cycling**“. Darunter sind bipolare Verläufe zu verstehen, bei denen ein rascher Phasenwechsel oder mindestens 4 Phasen einer Depression oder Manie im zurückliegenden Jahr aufgetreten waren. Eine weitere Form sind so genannte „gemischte“ Episoden, bei denen zeitgleich sowohl depressive als auch manische bzw. hypomanische Symptome auftreten. Diese Symptome können von Tag zu Tag oder von Stunde zu Stunde wechseln.



Man unterscheidet zudem verschiedene Therapiephasen. Zum einen die akute Erkrankungstherapiephase (mit entweder depressiven oder manischen oder „gemischten“ Beschwerden) und die Phase der Remission, d.h. die Rückbildung der Krankheitssymptome. Unbehandelt dauert die depressive Episode etwa 3 bis 6 Monate, eine Manie etwa 2 bis 4 Monate (Durchschnittswerte! kann im Einzelfall erheblich abweichen). Die Rezidivprophylaktische oder Langzeittherapiephase schließt sich an und bezieht sich auf die künftige Verhinderung neuer Krankheitsepisoden.

Zusammengefasst ist die bipolare Erkrankung gekennzeichnet durch wiederholte Phasen von Depressionen oder Manien. Ohne Behandlung kann es im Lauf der Zeit zu zunehmenden depressiven oder manischen Phasen kommen. Eine rechtzeitige Behandlung vermag einerseits die akuten Beschwerden zu lindern, andererseits wird angestrebt, erneute Krankheitsepisoden zu verhindern oder zumindest abzuschwächen.

KRANKHEITSZEICHEN (SYMPTOME) DER BIPOLAREN STÖRUNG

Krankheitszeichen der Depression

Die hauptsächlichen Beschwerden einer Depression sind Niedergeschlagenheit einhergehend mit Ängsten, Traurigkeit, Sorgen, Verzweiflung, Freudlosigkeit, Unglücklichsein, Gefühl der Leere und Gefühllosigkeit, Unfähigkeit zu genießen sowie Hoffnungslosigkeit. Zusätzlich kommt es zu einer Beeinträchtigung des Selbstbewusstseins mit Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstabwertung, Schuld- und Versagensgefühlen. Ferner kommt es zur Verminderung des Antriebs und der Aktivität mit Interessenlosigkeit, Passivität, Entscheidungslosigkeit, Verlangsamung der Bewegung sowie innerer Unruhe.

Ferner kommt es zur Beeinträchtigung des Denkens und der Sprache mit verlangsamtem, gehemmtem oder erschwertem Denkvermögen, Ideenlosigkeit, Grübeln, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisproblemen mit Merkfähigkeitsstörungen, leisem und langsamem Sprechen, vermindertem Sprechen, Wiederholungen von immer gleichen depressiven Inhalten, aber auch vermehrtes, verzagtes Jammern (vor allem bei älteren Patienten) können auftreten. Körperliche Beschwerden im Rahmen der Depression können sehr vielfältig sein: Müdigkeit und Erschöpfungsgefühle, Kraftlosigkeit, erhöhtes Ruhebedürfnis, Libidoverlust sowie Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen oder vermehrtes Schlafbedürfnis. Eine Appetitminderung mit Gewichtsabnahme, aber auch ein vermehrter Appetit mit Gewichtszunahme, kann auftreten. In der Depression verhalten sich Menschen zudem zurückgezogen, haben keine Lust mehr, sich mit anderen zu treffen, etwas zu unternehmen und vermeiden Geselligkeit.



KLASSIFIZIERUNG NACH ICD-10

(Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Weltgesundheitsorganisation)

a) leicht (F32.0): mindestens 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome

b) mittel (F32.1): mindestens 2 Haupt- und 3 - 4 Zusatzsymptome

c) schwer; ohne/mit psychotischen Symptomen (F32.2 / F32.3): alle drei Haupt- und mind. 4 Zusatzsymptome, davon einige schwer

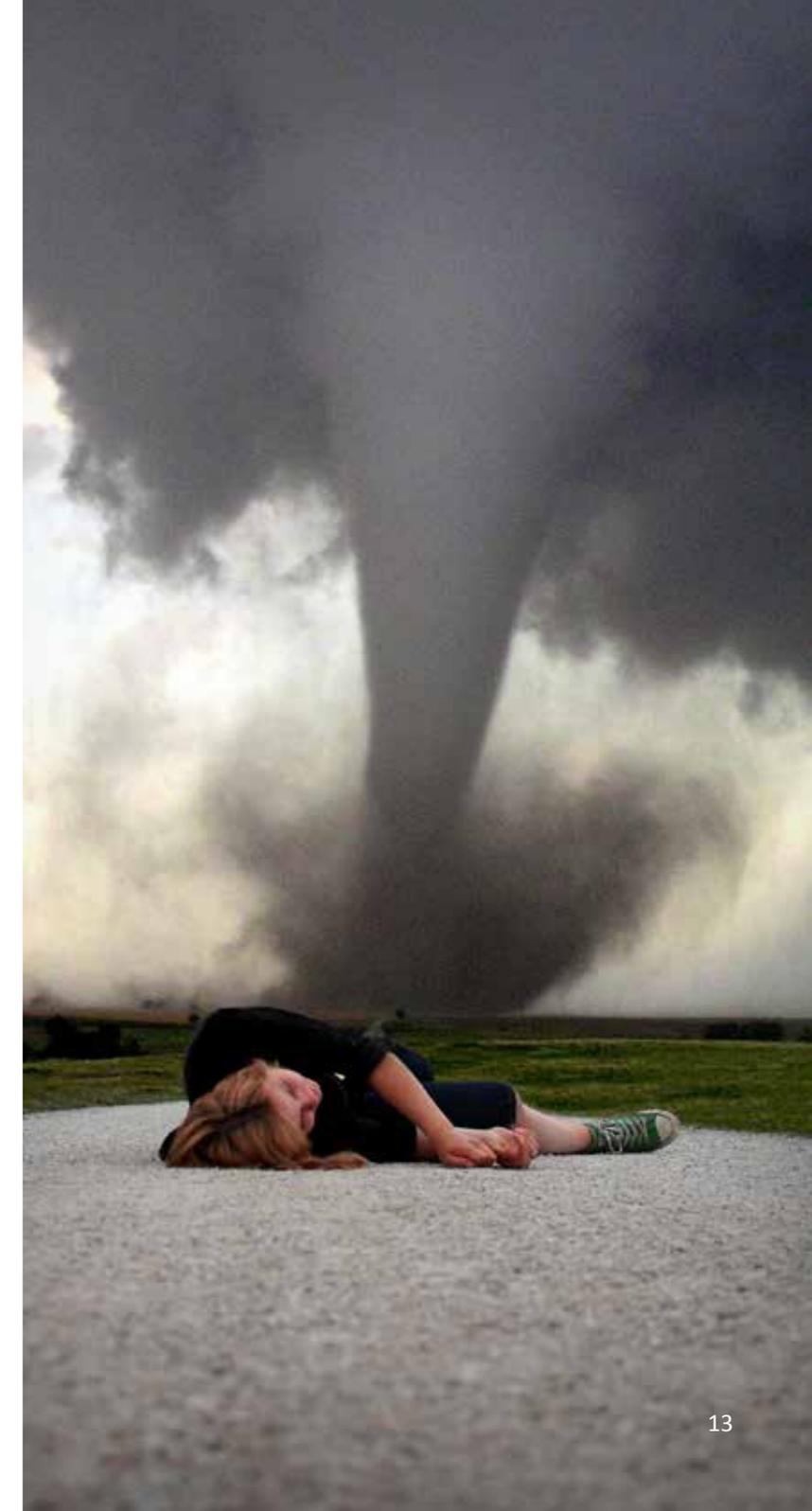
Mindestdauer der Episode:
etwa 2 Wochen

HAUPTSYMPTOME:

- depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

ZUSATZSYMPTOME:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken und -handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit





Leitsymptome Depression

- ↳ gedrückte Stimmung
- ↳ verminderter Antrieb
- ↳ innere Unruhe
- ↳ Verlust von Freude oder Interesse
- ↳ erhöhte Ermüdbarkeit
- ↳ herabgesetztes Selbstwertgefühl
- ↳ Selbstvorwürfe
- ↳ Gedanken an Tod oder Selbsttötung
- ↳ körperliche Beschwerden (Schmerzen)
- ↳ Schlafstörungen
- ↳ Appetitstörung

Bei schweren depressiven Erkrankungsphasen kann es zum Auftreten von psychotischen Symptomen kommen wie z.B. Verarmungswahn, Versündigungswahn oder Schuldwahn. Auch ein hypochondrischer Wahn, unheilbar erkrankt zu sein, kann auftreten.

Zusammenfassend sind die vielseitigen Beschwerden einer Depression gekennzeichnet dadurch, dass sie alle Ebenen des menschlichen Daseins erfassen:

das des **Erlebens und Fühlens** (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit), das des **Denkens** (negative Gedanken, Katastrophenvorstellungen, Konzentrationsstörungen), das des **Verhaltens** und des **Antriebs** (sozialer Rückzug und Inaktivität) und das des **Körpers** (Unruhe, Schlafstörungen, Schmerzen, Appetitbeeinträchtigungen).

Wichtig ist, Frühwarnzeichen einer depressiven Erkrankungsphase zu erkennen. Diese Frühwarnzeichen sind individuell unterschiedlich und sind oft Vorboten einer erneuten Krankheitsepisode. Wichtig ist, dass der Betroffene selbst oder seine nahen Angehörigen diese Frühwarnzeichen bemerken und dann entsprechend therapeutische Angebote aufsuchen. Frühwarnzeichen einer Depression können beispielsweise sein: Stimmungsminderung für einige Stunden, z.B. am Morgen, Leistungsabfall, Konzentrationsprobleme, vorzeitige Erschöpfung, leichte Vergesslichkeit, Schmerzen, unruhiger Schlaf, Abnahme von Interesse, den Hobbys nachzugehen oder andere Menschen zu treffen, Motivationsprobleme, leichte Reizbarkeit sowie vermehrte Ängstlichkeit.

Ein besonderes Problem im Rahmen von schweren depressiven Episoden ist die Suizidalität (Gedanken an eine Selbsttötung oder Selbsttötungsversuch). Warnzeichen für eine bestehende Suizidgefahr sind vermehrtes Rückzugsverhalten, Vernachlässigung, Auseinandersetzung mit Todesthemen und Suizidmethoden, erhöhter Alkohol- und/oder Drogenkonsum. Grundsätzlich sind Äußerungen zu Suizidgedanken ernst zunehmen! Ein großer Irrtum besteht in der landläufigen Meinung, „wer darüber spricht, macht es sowieso nicht“. Die meisten Menschen, die Suizidversuche begangen haben, haben vorher darüber gesprochen. Eine weitere falsche Annahme ist, dass der Betreffende sich durch den Suizidversuch Beachtung verschaffen möchte – dies ist allenfalls sehr selten der Fall. Nicht selten steht der Suizidversuch am Ende einer längeren Zeit depressiver Verstimmung, die bisher nicht ausreichend erkannt oder behandelt wurde.

Wann immer Suizidideen oder Selbsttötungsabsichten auftreten, ist grundsätzlich fachärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen!



Krankheitszeichen der Manie

Im Rahmen der Manie kommt es zu einer euphorischen Hochstimmung, ausgeprägter, übertriebener Heiterkeit, Übermut, unkritischem Optimismus, übertriebenem Genussbedürfnis, Hemmungslosigkeit und Distanzlosigkeit. Es kann aber nicht selten auch zu einer dysphorischen Stimmung mit leichter Reizbarkeit, Ungeduld, Unmut und Streitlust kommen. Das Selbstbewusstsein ist gesteigert, es kommt zu Selbstüberschätzung, Größengefühlen, Überlegenheitsgefühlen, Rechthaberei. Der Antrieb und die Aktivität sind gesteigert mit Beschäftigungsdrang und Bewegungsunruhe, es werden viele Dinge angefangen und nicht zu Ende gebracht, das Denken und Sprechen sind beschleunigt, die Ablenkbarkeit erhöht, die Gedanken rasen. Es kommt zu unrealistischen Plänen, zum lauten und schnellen Sprechen. Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer gesteigerten Energie, unermesslich großen Kraftgefühlen, deutlich vermindertem Ruhe- und Schlafbedürfnis, vermehrtem sexuellen Bedürfnis mit gesteigerter Libido und möglicher Hemmungslosigkeit mit rascher Kontaktaufnahme. Im Verhalten sind manische Patienten übertrieben gesellig und unternehmungslustig, oft unvorsichtig, können Gefahren nicht realistisch einschätzen, neigen zu unbedachten Geldausgaben, neigen zu Ausschweifungen, treffen unüberlegte Entscheidungen, verhalten sich ungehemmt in der Öffentlichkeit, provozieren Konflikte und Streitereien und können auch aggressiv werden.

Bei ausgeprägter manischer Symptomatik kann es zu psychotischen Erscheinungen kommen. Häufig treten dabei Größenwahn, religiöser Wahn und Liebeswahn auf. Ferner kann es bei schwerer Symptomatik zu Sinnestäuschungen (z.B. Halluzinationen) sowohl optischer als auch akustischer Art kommen.

Meist ist der manische Patient nicht krankheitseinsichtig, er fühlt sich ja „gesund wie noch nie“ und meint, er sei „in Höchstform“. Auch Behandlungseinsicht fehlt in den meisten Fällen.

Zusammengefasst sind die wichtigsten manischen Symptome: Steigerung des Selbstwertgefühls, grandiose Gedanken, erhöhte Schaffenskraft, Distanzlosigkeit und Enthemmung, Antriebssteigerung, Rededrang, erhöhte Risikobereitschaft, Ablenkbarkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, vermindertes Schlafbedürfnis mit Verkürzung der Schlafdauer und Steigerung der sexuellen Aktivitäten.

Leitsymptome

Manie

- unbegründet gehobene Stimmung, teilweise Gereiztheit
- rastlose Aktivität und Unruhe
- vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang
- Verlust sozialer Hemmungen
- herabgesetztes Selbstwertgefühl
- unkontrollierter Umgang mit Geld und Suchtmitteln
- Gedankenrasen
- überhöhte Selbsteinschätzung
- Ständiger Wechsel von Aktivitäten
- Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten



Sind die Symptome der Manie nicht so stark ausgeprägt und auch von kürzerer Dauer, so sprechen wir von „Hypomanie“ (leichte Form der Manie). Oft besteht nur für mehrere Tage oder wenige Wochen eine leicht gehobene Stimmung, wobei der Patient vermehrte körperliche Energie und geistige Schaffenskraft bemerkt.

Die Hypomanie ist eine abgeschwächte Form der Manie, meistens sind jedoch die Patienten noch sozial angepasst und verfügen über eine ausreichende Selbstkontrolle.

In der Hypomanie treten keine psychotischen Symptome auf. Die Patienten merken oft selber nicht, dass sie hypoman sind, weil sie diesen Zustand der Hypomanie als angenehm erleben. Die nahen Angehörigen jedoch empfinden die hypomanischen Symptome in der Regel als störend und bemerken die Symptomatik viel eher als die Betroffenen selbst.

Frühwarnzeichen einer Hypomanie oder Manie können übertriebene Aktivität sein mit Unruhe und vermehrter Betriebsamkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, vermehrter Rededrang, gesteigerte Kontaktbedürftigkeit, Ablenkbarkeit und Konzentrationsprobleme sowie vermehrte Reizbarkeit. Wie bereits bei den Frühwarnzeichen der Depression erwähnt, sind Frühwarnzeichen sehr individuell.

Das Erkennen der Frühwarnzeichen ist wichtig, um den Beginn einer erneuten Krankheitsperiode möglichst rechtzeitig zu erkennen und um dann entsprechende Behandlungsmaßnahmen ergreifen zu können.



Krankheitszeichen der gemischten Episode

Treten sowohl manische als auch depressive Symptome innerhalb einer Erkrankungsphase auf, so wird von einer „gemischten“ Episode gesprochen.

Hierbei wechseln sich manische Symptome mit depressiven Beschwerden innerhalb kürzester Zeit ab. Es können auch depressive und manische Symptome nebeneinander auftreten. So kann der Betroffene einerseits gedrückter Stimmung sein, andererseits aber auch distanzlos und antriebsgesteigert. Mischzustände sind schwierig zu erkennen und für die Patienten oft sehr quälend.

UNTERSUCHUNG (DIAGNOSTIK)

Es gibt keinen Labortest, der eine bipolare affektive Störung oder eine Manie feststellt oder ausschließt. Die Diagnose ergibt sich aus der Verhaltensbeobachtung, Gesprächen mit dem Patienten und dessen Angehörigen, Erfragen der aktuellen Symptomatik, Nachfragen bezüglich früherer Beschwerden und Erkrankungsphasen, Erfassen auslösender Faktoren und möglicher Frühwarnzeichen sowie ergänzenden körperlichen Untersuchungen (neurologische und internistische Untersuchungen). Diese Maßnahmen werden zusammengefasst als Diagnostik bezeichnet.

Von großer Bedeutung ist auch die Erhebung der Familienanamnese. Hier gilt es insbesondere zu klären, ob in der Familie depressive oder bipolare Erkrankungen bekannt sind oder ob vielleicht andere psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen oder Suchterkrankungen bei Familienangehörigen vorliegen. Die besondere Bedeutung der Familienanamnese ist auf Grund der genetischen Komponente der Bipolaren Störung hervorzuheben.

Bei den Patienten sollte zudem auch auf möglichen Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch geachtet werden. Es gibt Medikamente oder Drogen, die manische und depressive Symptome hervorrufen können.

Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass der manische Patient sich nicht krank fühlt und auch überhaupt keine Notwendigkeit einsieht, einen Arzt aufzusuchen. Oft sind es dann die unmittelbaren Angehörigen, die den Patienten drängen, sich an einen Arzt zu wenden. Sehr hilfreich ist es dann, wenn der Angehörige den Patienten zum Arzt begleitet, um Angaben zu machen, was dem Angehörigen an Verhaltensänderungen auffällt. Oft bemerken die nahen Angehörigen erste Veränderungen, beispielsweise bei depressiven Patienten einen vermehrten sozialen Rückzug oder ein vermehrtes Klagen über körperliche Beschwerden im Vorfeld der Erkrankungsphase. Angehörige von manischen Patienten können oft zuerst eine vermehrte Unruhe, Schlafstörungen oder eine erhöhte Aktivität beobachten. Im Gespräch sind depressive oder manische Beschwerden zu eruieren, wie beispielsweise Veränderungen des Antriebs, der Aktivität, der Stimmung, des Schlafens, des Appetits, der sozialen oder der sexuellen Interessen. Auch ist nach Selbsttötungsideen oder -absichten zu fragen. Ergänzend können Fragebögen zum Erfassen depressiver oder manischer Beschwerden eingesetzt werden.

Werden bei körperlichen Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, so sind u.U. weitere Untersuchungen wie beispielsweise eine Bildgebung (z.B. eine Schichtaufnahme des Gehirns mittels Computertomogramm oder Kernspintomogramm) erforderlich. Auch sollte eine Blutuntersuchung auf beispielsweise Eisenwerte, Vitamin-B12 und Schilddrüsenwerte erfolgen, um entsprechende andere organische Erkrankungen auszuschließen. Sowohl die Depression als auch die Manie können Folge von organischen Erkrankungen sein, die ausgeschlossen werden müssen. Ferner ist im Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen zu klären, ob andere psychiatrische Erkrankungen, die häufiger gemeinsam mit einer Bipolaren Störung auftreten können, bei dem Patienten im Vorfeld oder aktuell zusätzlich vorliegen, wie beispielsweise Angststörungen, Zwangsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung oder Essstörungen.

Zusammengefasst besteht die Diagnostik aus Anamnese (Gespräch mit dem Betroffenen), Fremdanamnese (Gespräch mit Angehörigen), Erhebung der Familienanamnese, Verhaltensbeobachtung, körperlicher Untersuchung, eventuellen medizinischen Zusatzuntersuchungen.

Wie bereits mehrfach erwähnt, wird die bipolare Erkrankung häufig verkannt, u.a. deswegen, weil eine genaue Vorgeschichte zu früher stattgehabten Erkrankungsphasen nicht erhoben wird. Deshalb sei noch einmal auf die Notwendigkeit einer retrospektiven (auf das Zurückliegende bezogene) Erfassung möglicher Krankheitssymptome hingewiesen.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung ist immer eine Überweisung zu einem Facharzt (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie, Nervenfacharzt) erforderlich. Sollte die Person unter 18 Jahre alt sein, so ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzusuchen. Eine ausschließliche Behandlung bei einem Psychotherapeuten oder Psychologen ist nicht sinnvoll. Eine Psychotherapie sollte immer in Zusammenarbeit mit einem mit dem Krankheitsbild der Bipolaren Störung erfahrenen Psychiater erfolgen.

Auf die Frage, ob eine ambulante oder stationäre Untersuchung und Behandlung erfolgen sollte, wird auf Seite 40 noch eingegangen.

Mit welchen anderen Erkrankungen kann die Bipolare Störung auftreten?

Bei etwa der Hälfte der bipolar erkrankten Menschen kommt es zu zusätzlichen anderen psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Angst- oder Suchterkrankungen. Diese zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen können im gesunden Intervall (bezogen auf die bipolaren Krankheitsepisoden) im Vordergrund stehen und zu falschen diagnostischen Einschätzungen führen. Neben den Angst- und Suchterkrankungen kommen auch Essstörungen oder Zwangserkrankungen vor, ferner Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Treten im Rahmen von bipolaren Krankheitsphasen auch psychotische Symptome auf, so wird häufig die Fehldiagnose „Schizophrenie“ gestellt.

Aber auch körperliche Erkrankungen können bei bipolar Erkrankten anzutreffen sein. Besondere Häufigkeiten finden sich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Blutzucker- und Stoffwechselstörungen sowie Migräne.



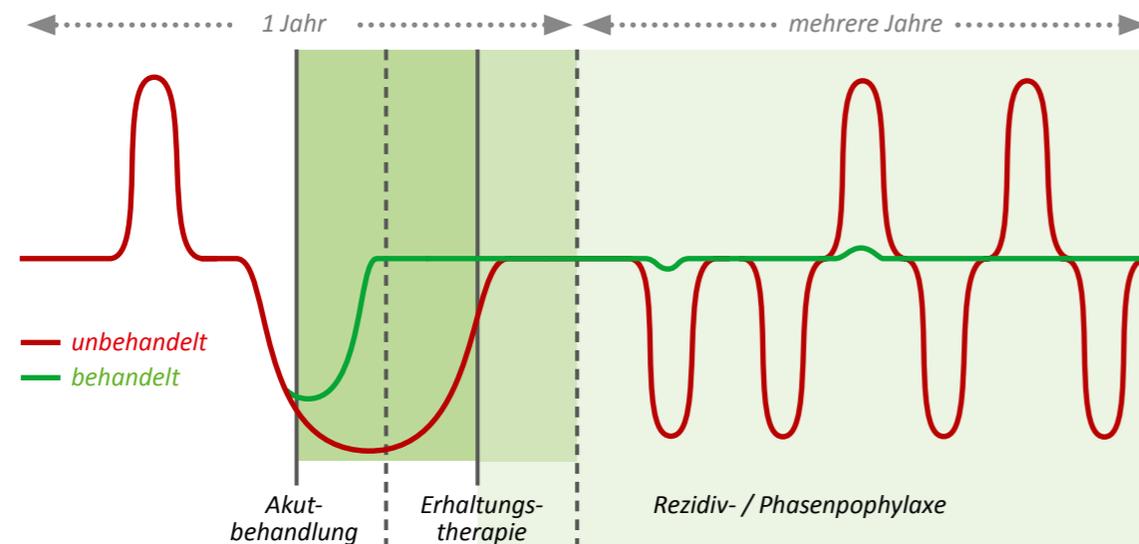
BEHANDLUNG (THERAPIE) DER BIPOLAREN STÖRUNG

Grundsätzlich muss die Behandlung individuell erfolgen, dies gilt sowohl für die akute Behandlung, als auch für die vorbeugende (sogenannte phasenprophylaktische). Immer setzt sich die Behandlung aus verschiedenen Therapiestrategien zusammen, wobei die medikamentöse Behandlung ein sehr wichtiger Baustein ist. Grundsätzlich bedarf es ausführlicher Informationen und Aufklärung über das Krankheitsbild und dessen Verlauf sowie über die geplanten Therapiemaßnahmen sowohl für den Betroffenen selbst als auch für dessen nahe Angehörige.

Die medikamentöse Behandlung hat das Ziel der Normalisierung von Stimmung, Antrieb und Schlaf-Wach-Rhythmus sowie der Verhinderung weiterer Krankheitsphasen.

Die Psychotherapie unter Einbezug naher Angehöriger und der Familie sowie psychosoziale Maßnahmen mit dem Ziel der Wiederherstellung und des Erhalts von sozialer Integration, Lern- und Ausbildungsfähigkeit sowie Berufsfähigkeit sind weitere wichtige Säulen der Behandlung.

Stadien einer Behandlung



Von großer Wichtigkeit ist die Information, dass die bipolare Erkrankung unbehandelt zu immer wiederkehrenden Krankheitsphasen (Rezidiven) führt und insbesondere bei depressiven Episoden die Selbsttötungsgefahr (Suizidalität) gegeben ist. Daher ist es unerlässlich, ausführliche Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zur Verhinderung weiterer Krankheitsphasen zu geben (Phasenprophylaxe).

Bei der medikamentösen Behandlung wird zwischen einer Akuttherapie, einer Erhaltungstherapie und einer Phasenprophylaxe unterschieden.

Die Akuttherapie soll die akuten depressiven oder manischen Beschwerden vermindern, dies erfolgt in der Regel durch Medikamente und begleitende psychotherapeutische Gespräche. Die Erhaltungstherapie soll die Beschwerdefreiheit sichern und die Bereitschaft zur weiteren medikamentösen Behandlung festigen. Auch hier sind die Fortsetzung der medikamentösen Behandlung und die Etablierung der Psychotherapie von großer Bedeutung. Die Phasenprophylaxe soll verhindern, dass es zu erneuten Krankheitsepisoden kommt und somit vermeiden, dass der Betroffene in seiner weiteren psychischen und sozialen Entwicklung (vor allem Jugendliche und junge Erwachsene) beeinträchtigt wird.

Ferner soll eine Akzeptanz der Erkrankung bei dem Betroffenen selbst und dessen Angehörigen herbeigeführt werden. In der Phasenprophylaxe kommen sowohl stimmungsstabilisierende Medikamente zum Einsatz als auch die Psychotherapie. Die Unterstützung in Selbsthilfegruppen kann sehr hilfreich sein.

Ziele der Multimodalen Behandlung		
AKUTTHERAPIE	ERHALTUNGSTHERAPIE	PHASENPROPHYLAXE
<ul style="list-style-type: none"> • Verhinderung der akuten depressiven oder manischen Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdefreiheit sichern • Bereitschaft zur medikamentösen Behandlung sichern 	<ul style="list-style-type: none"> • erneute Krankheitsphasen verhindern • psychosoziale Beeinträchtigung verhindern • Akzeptanz der Erkrankung herbeiführen
<ul style="list-style-type: none"> • Medikamente • psychotherapeutische Gespräche • Psychoedukation 	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamente • Psychotherapie / Psychoedukation • Planung der Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • stimmungsstabilisierende Medikamente • Psychotherapie

Medikamentöse Behandlung der Manie

Die Behandlung der akuten Manie ist immer eine medikamentöse Therapie. Es stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung. Es muss immer individuell abgewogen und entschieden werden, welches Medikament zum Einsatz kommt.

Lithium

Einsatzbereich:

- ✓ zur Rezidivprophylaxe bei bipolarer Erkrankung
- ✓ bei akuter Manie und zur Mitbehandlung der Depression
- ✓ zur Verhinderung von Selbsttötungen

Zu beachten:

- × Vor- und regelmäßige Kontrolluntersuchungen
- × regelmäßige Einnahme und Spiegelkontrollen!
- × mögliche Nebenwirkungen: Schwindel, Übelkeit, Durchfall, gesteigertes Durstgefühl, Zittern, Akne, Gewichtszunahme, Schilddrüsen- und Nierenveränderungen
- × nicht plötzlich absetzen!

Bei euphorischer Manie gilt **Lithium** (z.B. Quilonum retard®, Hypnorex®) als Mittel der ersten Wahl, sowohl zur Behandlung der akuten manischen Beschwerden als auch zur Vorbeugung von manischen Phasen. Lithium ist ein Element, was in der Natur in Form von Lithium-Salz vorkommt. Die Lithium-Behandlung bedarf einer genauen und sorgfältigen Einnahme. Bevor mit einer Lithium-Behandlung begonnen werden kann, sind einige Untersuchungen notwendig.

Unter der Gabe von Lithium sind ebenfalls regelmäßige Kontrollen erforderlich. Insbesondere müssen die Nieren- und die Schilddrüsenfunktion überprüft werden. Die Lithium-Blutkonzentration wird durch Blutentnahmen regelmäßig zu Beginn der Behandlung bestimmt, später erfolgt sie in größeren Abständen. Zu Beginn einer Lithium-Behandlung kann es häufiger zu Handzittern, Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Durchfall kommen. Meistens werden diese Beschwerden im Laufe der Behandlung jedoch weniger. Die Lithium-Konzentration im Blut sollte bei der Behandlung der akuten Manie zwischen 1,0 und 1,2 $\mu\text{mol/l}$ sein, die Lithium-Konzentration bei der prophylaktischen Behandlung (Rezidivprophylaxe) sollte 0,6 bis 0,8 $\mu\text{mol/l}$ betragen. Wird die Lithium-Konzentration überschritten (z.B. durch eine zu hohe Einnahme von Lithium), kann es zu Vergiftungserscheinungen (Intoxikation) kommen. Um solche Vergiftungen zu verhindern, ist stets eine genaue Lithium-Einnahme in der vom Arzt empfohlenen Menge erforderlich.





Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (ca. 3-4 mal pro Jahr), insbesondere der Nieren- und der Schilddrüsenwerte, sind durchzuführen. Bei fieberhaften Erkrankungen oder Durchfall-Erkrankungen, bei denen eine größere Menge Elektrolyte (z.B. Natrium, Kalium, Kalzium) und Wasser dem Körper verloren geht, ist die Lithium-Ausscheidung eingeschränkt, und es kann somit eventuell zu einer zu hohen Lithium-Konzentrationen im Blut kommen. Auch starkes Schwitzen (Urlaub in heißen Ländern, Sauna, starke körperliche Aktivitäten) kann dazu führen, dass eine zu hohe Lithium-Konzentration im Blut entsteht. Eine kochsalzarme Diät kann gefährlich werden. Es ist immer auf eine ausreichende Wasser- und Kochsalz-Zufuhr zu achten. Die Behandlung mit bestimmten Medikamenten (z.B. Diuretika, Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Diclofenac) kann ebenfalls zu gefährlichen Situationen führen. Vor Einnahme weiterer Medikamente ist unbedingt der behandelnde Arzt zu fragen, ob diese Medikamente mit Lithium verträglich sind. Grundsätzlich sollte Lithium nicht abrupt (plötzlich) abgesetzt werden.

Mögliche Alternativen zur Lithium-Behandlung stellt die Gabe von Antikonvulsiva (Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin) und/oder Antipsychotika dar.

Carbamazepin (z.B. Tegretal®, Timonil®) ist ein Medikament, das ursprünglich in der Behandlung von Anfallskrankheiten (Epilepsie) eingesetzt wurde, aber auch eine antimanische und prophylaktische Wirkung hat. Auch hier sind Blutspiegel-Kontrollen des Medikaments erforderlich.

Als Nebenwirkungen können Müdigkeit, Gangunsicherheit, Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen und allergische Hautreaktionen auftreten sowie Leberwert- und Blutbildveränderungen. Wegen der Nebenwirkungen sollte Carbamazepin nur als zweite oder dritte Wahl bei Nichtansprechen oder Unverträglichkeit von Lithium gegeben werden. Carbamazepin kann auch mit Lithium kombiniert werden, wobei dann jedoch verstärkte Nebenwirkungen auftreten können. Grundsätzlich ist bei Carbamazepin zu berücksichtigen, dass es zu zahlreichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder mit Nahrungsmitteln (z.B. Grapefruit-Saft) kommen kann.

Eine andere, neuere Alternative zu Carbamazepin stellt die Behandlung mit **Valproat** (oder Valproinsäure, z.B. Ergenyl®, Orfiril®) dar, welches ebenfalls sowohl in der akuten Behandlung der Manie als auch in der Phasenprophylaxe eingesetzt wird (allerdings nur bei Männern). Speziell bei der Sonderform der bipolaren Verlaufsform des „Rapid Cycling“ und wenn eine Lithium-Wirksamkeit nicht gegeben ist, ist Valproat eine mögliche Alternative. Nebenwirkungen von Valproat können Magen- und Darmbeschwerden, Zittern, Müdigkeit, Gewichtszunahme und Haarausfall sein sowie erhöhte Leberwerte und Blutbildveränderungen. Auch kann es zu einer akuten Bauchspeicheldrüsen-Entzündung kommen, so dass bei plötzlich auftretenden Bauchschmerzen an diese Nebenwirkung gedacht werden muss. Regelmäßige Blutkontrollen der Bauchspeicheldrüsenwerte sind erforderlich.

Eine weitere Behandlungsoption in der Phasenprophylaxe ist aus der Gruppe der Antikonvulsiva der Einsatz von **Lamotrigin** (z.B. Lamictal®), das insbesondere depressive Episoden, aber weniger gut manische Episoden verhindert. Die Dosis beträgt 200 mg/Tag, gelegentlich bis 300 mg/Tag. Bei insgesamt guter Verträglichkeit sind Gelenkschmerzen, Schwindel und allergische Hautreaktionen die häufigsten Nebenwirkungen. Seltene, lebensbedrohliche Hautreaktionen können bei zu schneller Aufdosierung (Fachinformation beachten!) und gleichzeitiger Einnahme von Valproat oder Carbamazepin auftreten.

Als weitere Alternativen stehen **Antipsychotika** zur Verfügung, die in der Behandlung der akuten Manie gegeben werden können, aber auch als Zusatzbehandlung zu einer bereits begonnenen Phasenprophylaxe mit Lithium und/oder Lamotrigin oder Valproat. Durch die Zugabe von Antipsychotika lässt sich die Wirksamkeit des Phasenprophylaktikums erhöhen. Die neueren Antipsychotika (Neuroleptika der „zweiten Generation“ oder auch „atypische Antipsychotika“ genannt), die zum Einsatz kommen, sind beispielsweise: Aripiprazol (Abilify®), Asenapin (Sycrest®), Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®, Seroquel Prolong®), Risperidon (Risperdal®) und Ziprasidon (Zeldox®). Auch bei diesen Medikamenten kann es zu unterschiedlichen Nebenwirkungen kommen, entsprechende Kontrolluntersuchungen sind hier erforderlich.

Welches Medikament oder welche Medikamentenkombination zum Einsatz kommt, bleibt immer einer individuellen Entscheidung vorbehalten, die mit dem Arzt besprochen werden sollte.

Medikamentöse Behandlung der bipolaren Depression

Es wird grundsätzlich bei der Behandlung der bipolaren Depression (einer depressiven Episode im Rahmen einer Bipolaren Störung) zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiestrategien unterschieden. Zur medikamentösen Behandlung stehen Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer (engl.: Mood Stabilizer) und atypische Antipsychotika zur Verfügung.

Die Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten sollte prinzipiell Grundlage der medikamentösen Behandlung der bipolaren Erkrankung sein. Bei leichteren Depressionen ist der alleinige Einsatz eines Mood Stabilizers oft ausreichend für die Behandlung.

Am besten ist die Wirksamkeit von **Lithium und Quetiapin** (ein atypisches Antipsychotikum) untersucht. Quetiapin wirkt vor allem antidepressiv, aber auch antimanisch. Lithium wirkt sowohl antimanisch als auch antidepressiv und ist als einziges Medikament, welches bei der bipolaren Erkrankung zum Einsatz kommt, auch „antisuizidal“ wirksam, d.h. es kann Selbsttötungsgedanken oder -absichten (Suizidalität) reduzieren. Dies ist insbesondere wichtig, da die Suizidalität bei Patienten mit Bipolaren Störungen besonders hoch ist. Über mögliche Nebenwirkungen, Blutspiegel-Kontrollen und regelmäßige Kontrolluntersuchungen siehe Seite 28/29.

Als mögliche Alternative kommt auch hier das Antikonvulsivum **Lamotrigin** zum Einsatz bei bipolarer Depression. Lamotrigin ist als Mood Stabilizer insbesondere dann zur Phasenprophylaxe sinnvoll, wenn weitere depressive Episoden verhindert werden sollen. Wichtig ist, dass Lamotrigin sehr langsam aufdosiert werden muss, weil es sonst zu gefährlichen allergischen Hautreaktionen kommen kann (siehe oben).

Zusammenfassend sollte bei Vorliegen einer bipolaren Depression zunächst eine Einstellung auf Quetiapin oder einen Mood Stabilizer (Stimmungsstabilisierer) erfolgen. Sollte diese Maßnahme allein nicht ausreichen, so ist bei schweren bipolaren Depressionen die kurzzeitige medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum zusätzlich sinnvoll.



Eine gefürchtete Komplikation bei der Behandlung mit Antidepressiva bei der bipolaren Depression stellt das sog. Switch-Risiko dar: darunter ist ein Wechseln von der Depression in eine Manie zu verstehen, der durch Antidepressiva ausgelöst werden kann. Besonders für die „alten Antidepressiva“, wie z.B. die trizyklischen Antidepressiva, gilt ein hohes Switch-Risiko. Deshalb sollten diese eher gemieden werden und bevorzugt die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), z.B. Sertralin oder Citalopram bzw. Bupropion eingesetzt werden, die eine relativ geringe Switch-Rate haben. Eine alternative antidepressive Medikation kann mit den so genannten MAO-Hemmern erfolgen, wie beispielsweise Tranylcypromin oder Moclobemid, die ebenfalls eine geringere Switch-Rate haben.

Eine Erhaltungstherapie sollte im Anschluss an die Akuttherapie für ca. mindestens sechs Monate erfolgen, um ein Rückfallrisiko zu verhindern. Eine dauerhafte antidepressive Medikation ist dann erforderlich, wenn die depressiven Symptome immer wieder auftreten. Gegen die dauerhafte Medikation mit Antidepressiva spricht jedoch die Gefahr eines Umschlagens in die Manie.

Die psychotherapeutische Behandlung der bipolaren Depression wird auf Seite 34 dargestellt.



Medikamentöse Behandlung der manisch-depressiven Mischzustände

Die Behandlung der manisch-depressiven Mischzustände stellt eine besondere Herausforderung dar, da es zu häufigen Wechseln von manischen und depressiven Symptomen innerhalb einer Episode kommt. Auf die Gabe von Antidepressiva sollte möglichst verzichtet werden, da sie Mischzustände verschlimmern können. Am besten untersucht ist der Einsatz von Valproat und Olanzapin, auch Carbamazepin ist eine Alternative. Ggf. können auch verschiedene Kombinationsbehandlungen zum Einsatz kommen, z.B. Lithium + Carbamazepin oder Lithium + Valproat oder auch Carbamazepin + Valproat oder Lamotrigin + Carbamazepin. Alternativ können stimmungsstabilisierende Medikamente mit Antipsychotika der zweiten Generation, wie beispielsweise Lithium + Quetiapin oder Olanzapin zum Einsatz kommen.

Vorbeugende Behandlung (Rezidivprophylaxe)

Wie bereits mehrfach betont, ist die bipolare Erkrankung eine in wiederkehrenden Episoden auftretende, meist lebenslange Erkrankung, die eine pharmakologische Langzeitbehandlung erforderlich macht. Bei Auftreten einer ersten schweren Episode oder bei Auftreten einer ersten Episode mit Suizidalität oder bei Vorliegen einer familiären Belastung für bipolare Erkrankungen sollte eine vorbeugende Medikation bereits nach der ersten Phase

beginnen. In anderen Fällen sollte nach der zweiten Episode eine Phasenprophylaxe begonnen werden. Ziel der Langzeitbehandlung ist das Vermeiden von erneutem Auftreten depressiver oder manischer Phasen. Ziel der Phasenprophylaxe ist neben der Verhinderung einer erneuten Krankheitsphase, dass der Patient beschwerdefrei und in seiner psychosozialen Situation (Ausbildung, Berufstätigkeit, Familienintegration) nicht beeinträchtigt ist. Die vorbeugende Behandlung der bipolaren Erkrankung ist eine Langzeitbehandlung, in vielen Situationen sogar lebensbegleitend.

Diese Langzeitbehandlung bipolarer Erkrankungen erfolgt mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten („Mood Stabilizer“) wie Lithium, Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin. Zusätzlich können Antipsychotika der zweiten Generation (atypische Antipsychotika) eingesetzt werden.

Die Auswahl erfolgt individuell und richtet sich danach, welches Medikament in der akuten Behandlung oder Erhaltungstherapie wirksam war oder welches Medikament früher bei dem betroffenen Patienten oder aber auch bei betroffenen Angehörigen effizient war, welches Medikament gut verträglich war und ob es ausreichend wirksam war, erneute Phasen zu verhindern. Die regelmäßige, zuverlässige Einnahme setzt selbstverständlich die Akzeptanz der Erkrankung bei dem Patienten voraus. Ferner ist bei der Auswahl darauf zu achten, welche anderen zusätzlichen Erkrankungen psychischer oder körperlicher Art bei dem Patienten bestehen und ob eine Suizidgefährdung vorliegt.

Goldstandard oder Mittel der ersten Wahl stellt zur Behandlung der Phasenprophylaxe bei der Bipolaren Störung Lithium dar. Es hat als einziges stimmungsstabilisierendes Medikament neben der antimanischen und antidepressiven Wirksamkeit auch eine eigenständige „antisuizidale“ Wirkung. Lithium ist besonders gut wirksam bei typischen manisch-depressiven Verläufen. Es setzt eine hohe Behandlungstreue (Compliance) bei der Medikamenteneinnahme voraus. Bezüglich der Blutspiegelkontrollen und möglicher Nebenwirkungen und regelmäßiger Kontrolluntersuchungen siehe Seite 28/29.

Alternativen zu Lithium bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit desselben sind Valproat und Carbamazepin, besonders bei Patienten mit „Rapid Cycling“ oder manisch-depressiven Mischzuständen. Bezüglich Kontrollen und Auftreten von Nebenwirkungen siehe Seite 28/29. Als weitere Behandlungsalternative zur Verhinderung von depressiven Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen ist Lamotrigin zu nennen. Es sei an dieser Stelle noch einmal auf die Notwendigkeit der langsamen Aufdosierung hingewiesen, da es sonst zu bedrohlichen Hautreaktionen kommen kann.

Weitere mögliche medikamentöse Strategien zur Phasenprophylaxe sind die atypischen Antipsychotika Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol und Risperidon (siehe oben). Bezüglich der entsprechenden Kontrolluntersuchungen siehe Seite 29.

Psychotherapie und Psychoedukation

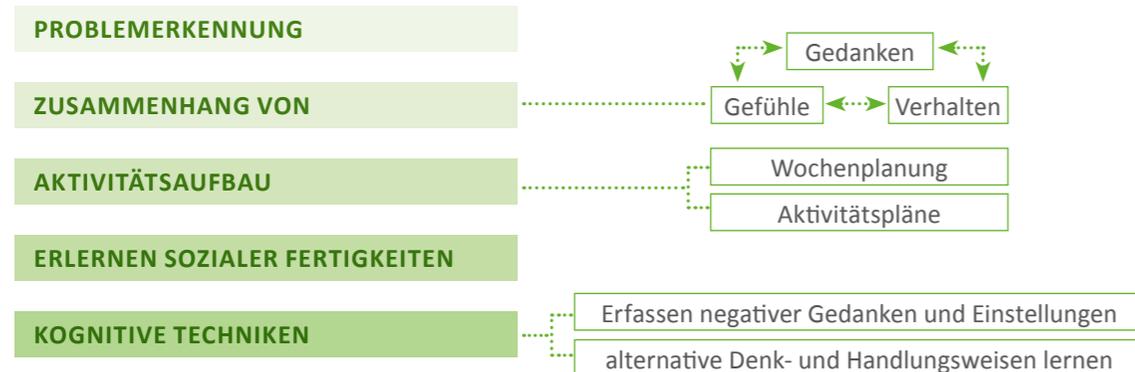
Ziel der **Psychotherapie** bei Bipolaren Störungen ist es, auf die unterschiedlichen Krankheitsfaktoren Einfluss zu nehmen, insbesondere Stressoren rechtzeitig zu erkennen und emotionale Probleme der Erkrankung, Angst vor einem erneuten Rückfall, Fragen der Stigmatisierung durch die Erkrankung sowie soziale Folgen und Beeinträchtigungen in der Psychotherapie zu bearbeiten.

Schwerpunkt ist die Regulierung der sozialen Rhythmik (z.B. regelmäßige Schlafzeiten, keine Schichtarbeit, s. nachstehend). Unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze wie beispielsweise die interpersonelle Psychotherapie, die kognitive Verhaltenstherapie sowie familientherapeutische Verfahren kommen zum Einsatz. Strategien zur Stabilisierung, Erkennen stresshafter „Life Events“, Beheben von Störungen von Schlafrhythmen sowie die Problematik der lebensbegleitenden Medikation sind in den unterschiedlichen therapeutischen Verfahren Themen.

Den Schwerpunkt auf eine Stabilisierung der sozialen Lebensrhythmen zu legen, ist von großer Bedeutung. Insbesondere die Stabilisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit dem Ziel des regelmäßigen, ausreichenden Schlafes ist vorrangig. Dabei wird nach Störfaktoren des Schlafrhythmus gesucht wie beispielsweise Schichtarbeit, unregelmäßiger Arbeitsstil oder beruflicher Termindruck.

In Phasen der depressiven Verstimmung ist eine Aktivierung und Tagesstrukturierung nötig und in Phasen der hypomanischen oder manischen Verstimmung das Vermeiden von Überstimulation durch Reizreduktion. Zur Prävention ist das Erkennen von Frühwarnzeichen wichtig, beispielsweise gehen häufig Schlafstörungen einer depressiven Phase voraus.

Behandlungsphasen in der Verhaltenstherapie



Das Erkennen der individuellen Frühwarnzeichen und das entsprechende Einüben der Selbstwahrnehmung ist Thema der Psychotherapie. In der Verhaltenstherapie werden Techniken erlernt, um depressionsfördernde Denk- und Verhaltensweisen zu reduzieren. Ebenso können zur Stressreduktion verschiedene Entspannungstechniken erlernt werden. In der Familientherapie werden neben der Psychoedukation und der Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells auch Frühwarnzeichen, Verbesserung der medikamentösen Behandlungstreue und Stressreduktion durch Verbesserung der familiären Konfliktsituationen und der familiären Kommunikation besprochen.

In der **Psychoedukation** sollte der Patient und seine Angehörigen Informationen zur Erkrankung, zu den unterschiedlichen Erklärungsmodellen und über die Behandlungsstrategien erhalten. Ein Schwerpunkt ist die Vorbeugung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe), hierbei sind die Akzeptanz der Erkrankung sowie die Einsicht zur Einnahme vorbeugender Medikation von großer Bedeutung. Je besser der Patient und seine Familie informiert sind, desto günstiger ist die Zusammenarbeit und die Akzeptanz dieser Erkrankung.

Die Erarbeitung von Belastungs- und Stressfaktoren und mögliche Bewältigungsstrategien sind ebenfalls Inhalt in der Psychoedukation, ebenso das Erlernen der Selbstbeobachtung und die Fähigkeit, Frühsymptome rechtzeitig zu erkennen und ggf. ein entsprechendes Krisenmanagement durchzuführen.

Mithilfe von Psychotherapie und Psychoedukation ist es möglich, den Patienten und seine Familie zu einem besseren Verständnis für die Erkrankung zu führen und Stressoren zu reduzieren sowie Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung zu erlernen. Die Einsicht für eine regelmäßige medikamentöse Behandlung wird gefördert. Tagesstrukturierung, Planung von Aktivitäten und Regenerationsphasen sowie Erlernen von Entspannungsmöglichkeiten sind Themen. Mithilfe von Psychotherapie und Psychoedukation kann die medikamentöse Rezidivprophylaxe bei bipolaren Erkrankungen ergänzt werden, um die Häufigkeit von Wiedererkrankung zu vermeiden und beschwerdefreie Intervalle zu fördern.

Ziele von Psychotherapie und Psychoedukation

- ✓ Wiederaufbau der Tagesstrukturierung
- ✓ Erarbeiten eines ausgewogenen Tages- und Nacht-Rhythmus
- ✓ Aufbau von Aktivitäten bei der Depression
- ✓ Reizreduzierung bei der Manie
- ✓ Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- ✓ Verarbeitung (Coping) der Erkrankung
- ✓ Erkennen und Reduktion der individuellen Stressfaktoren
- ✓ Erkennen auslösender Situationen für Rückfälle

Ergänzende Behandlungsstrategien

Lichttherapie

Lichttherapie kommt insbesondere dann ergänzend zum Einsatz, wenn es sich um so genannte saisonal abhängige Depressionen handelt.

Das sind depressive Phasen, die besonders in den Herbst- und Wintermonaten auftreten. Im Rahmen dieser saisonal abhängigen Depressionen kommt es zu charakteristischen Symptomen, die als „atypisch“ bezeichnet werden. Diese sind z.B. vermehrtes Schlafbedürfnis, Heißhunger auf Kohlenhydrate, erhöhter Appetit und Gewichtszunahme. Bei Patienten mit saisonalen Stimmungsschwankungen kann Lichttherapie empfohlen werden.

Bei einer Lichtintensität von 10000 Lux ist die Lichttherapie für 30 Minuten anzuwenden, vorzugsweise am Morgen. Unter Umständen kann die Lichttherapie über die gesamten Wintermonate empfohlen werden. Über die Anwendbarkeit der Lichttherapie bei bipolaren Depressionen gibt es bisher allerdings nur wenige Studien. Ergänzend kann sie jedoch auch hier zur Anwendung kommen.

Schlafentzug (Wachtherapie)

Bei Depressionen, auch bei bipolaren depressiven Erkrankungen, kann der Einsatz von Wachtherapie (Schlafentzug) erwogen werden.

Besonders Patienten, die zu Tagesschwankungen der Stimmung mit Morgentief neigen, sprechen auf Schlafentzug besonders gut an. Der Effekt der Schlafentzugs-Behandlung ist in der Regel aber nur von kurzer Dauer: nach dem darauffolgenden Nachtschlaf ist der Effekt wieder vorbei. Diese Therapie lässt sich jedoch mehrfach wiederholen (2-3 mal pro Woche).

Patienten, die neben der bipolaren Depression ein bekanntes Anfallsleiden haben, dürfen nicht mit Schlafentzug behandelt werden.

Als Nebenwirkungen der Schlafentzugs-Behandlung ist das Risiko der Auslösung manischer Episoden zu nennen. Dies trifft insbesondere für bipolare Patienten mit „Rapid Cycling“ zu.

Elektrokonvulsionstherapie (Elektrokrampftherapie)

Die Elektrokrampftherapie ist wirksam sowohl bei bipolarer Depression als auch bei Manien.

Vorrangig kommt sie zum Einsatz bei depressiven Episoden, die auf Psychopharmakotherapie nicht oder nicht ausreichend angesprochen haben. Bei wahnhaften depressiven Erkrankungen ist die Elektrokrampftherapie besonders indiziert. Bei ausgeprägten depressiven Episoden mit Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung wird die Elektrokrampftherapie ebenfalls empfohlen.

Die Therapie wird ausschließlich an spezialisierten Zentren durchgeführt, hohe Sicherheitsstandards und genaue Überwachungen unter der Narkose sind immer zu fordern. Bei entsprechendem Einhalten der geforderten Kontrolluntersuchungen ist die Elektrokrampftherapie ein sicheres Behandlungsverfahren.

Lebensstil – Ernährung und Sport

Unsere Ernährung und unsere Bewegungsfreude haben einen großen Einfluss auf unsere körperliche und psychische Gesundheit. Durch die Einnahme von Psychopharmaka erleben viele Patienten eine bedeutende Gewichtszunahme. Außerdem kann die Bipolare Störung selbst zu negativen Veränderungen im Zucker- und Fettstoffwechsel führen.

Übergewicht drückt dabei nicht nur auf das Selbstwertgefühl, sondern kann schwerwiegende körperliche Probleme auslösen. Insbesondere das Risiko, an Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Störungen wie z.B. Bluthochdruck zu erkranken, ist deutlich erhöht. Deswegen ist es sinnvoll, sein individuelles Krankheitsrisiko durch eine angepasste Ernährung und regelmäßige Bewegung zu reduzieren. Regelmäßige Bewegung verbessert nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern hat nachweislich einen antidepressiven und antriebssteigernden Effekt. Ihnen steht mehr Energie für die Bewältigung Ihrer Probleme zur Verfügung.

Ernährung

Psychopharmaka an sich machen nicht dick, aber durch die von bestimmten Psychopharmaka ausgelösten Stoffwechseleränderungen und Sedierung kann es zu einer Reduzierung des Grundumsatzes und einer Erhöhung der Kalorienaufnahme durch Heißhunger kommen. Die Folgen sind nicht selten eine deutliche Erhöhung des Körperfettanteils. Sollte dies passieren, kann gemeinsam mit



dem Arzt besprochen werden, ob evtl. alternative Substanzen eingesetzt werden können, bei denen diese Nebenwirkungen weniger stark auftreten.

Wie sieht eine gute Ernährung aus? Es gibt nicht „die“ Ernährungsform, die bei allen zum gewünschten Erfolg führt. Es sollte immer individuell überlegt und entschieden werden, welche Ernährungsform gewählt wird.

Sport und körperliche Aktivität

Regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivitäten sollten ein fester Bestandteil des Lebens sein. Neben den vielen körperlichen Vorteilen von Sport wie die Stärkung der Gelenke und Knochen, Aufbau von Muskelmasse und Training des Herz-Kreislauf-Systems hat Sport auch eine nachgewiesene Wirkung gegen depressive Verstimmung. Zusammen mit einer angepassten Ernährung ist richtig dosierter Sport ein gutes Mittel, um Ihre Gesundheit kurzfristig und langfristig zu verbessern. Beim Ausdauertraining sollten Sie sich für möglichst gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen, Fahrradfahren, Walking oder Wandern entscheiden. Die Intensität ist dabei weniger wichtig. Wichtig ist es, sich überhaupt regelmäßig zu bewegen und sich der Natur und dem natürlichen Sonnenlicht auszusetzen. Schon zweimal dreißig Minuten Walking oder Spaziergänge pro Woche haben erwiesenermaßen einen positiven Effekt auf die Gesundheit. Bevor Sie intensiv Sport treiben, sollten Sie sich von Ihrem Hausarzt vorbeugend untersuchen lassen, um evtl. bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder sonstige Risikofaktoren zu erkennen. Außerdem sollten Sie neben dem Sport auch die Regeneration beachten.

Ambulante oder stationäre Behandlung

In Notfallsituationen, die es bei der Bipolaren Störung durch die Heftigkeit der Symptomatik geben kann, stellt sich die Frage einer stationären Behandlung. Solche Notfallsituationen können im Rahmen von schweren Depressionen mit Suizidalität (Selbsttötungsabsichten, -versuche) auftreten. Bei Patienten mit Depressionen oder auch manisch-depressiven Mischzuständen besteht grundsätzlich die Gefahr einer Suizidalität. Ein Irrtum ist zu meinen, dass Menschen, die darüber sprechen, es nicht tun. Hinweise für eine Selbsttötungsgefährdung können frühere Suizidversuche sein, Suizide oder Suizidversuche bei Verwandten, aktuelle Suizidgedanken oder Äußerungen, nicht mehr leben zu wollen, oder Planungen für einen Suizidversuch, Wahnsymptome mit unbegründeten Schuldgefühlen oder Versündigungssymptomen, Aggressivität, Unruhe, Äußerungen, den Angehörigen nur zur Last zu fallen, Überzeugung, nichts mehr wert zu sein, Wunsch nach Ruhe, sozialer Rückzug, Angabe der Hoffnungslosigkeit.

Bei Suizidalität ist eine stationäre Behandlung meist erforderlich. Bei manischen Symptomen, bei denen die Krankheitseinsicht oft fehlt, ist eine stationäre Behandlung zur Reizabschirmung oft nötig. Willigt der betroffene Patient nicht in eine stationäre Behandlung ein, obwohl diese fachärztlicherseits für erforderlich gehalten wird, so ist unter der Annahme einer Selbst- oder Fremdgefährdung eine stationäre Behandlung gegen den Willen des betroffenen Patienten nötig. Eine Vorsorgevollmacht kann sehr hilfreich sein. Dabei handelt es sich um eine Willenserklärung des Erkrankten, die in einer gesunden Zeit verfasst wird, mit der er Personen seines Vertrauens die Berechtigung erteilt, stellvertretend für ihn in einer akuten Erkrankungsphase Entscheidungen zu fällen, so beispielweise eine Vorsorgevollmacht für den Bereich der Gesundheitsfürsorge, der Vermögensverwaltung oder Regelung des Aufenthaltsortes. Mit dem Patienten und dessen Angehörigen ist in gesunden Zeiten zu regeln, an wen der Patient bzw. die Angehörigen sich in Krisensituationen wenden können. Ein so genannter Krisenplan hilft, schnellstmöglichst sich Hilfe in einer Notsituation zu beschaffen. Hierzu gehören Ansprechpartner mit Telefonnummern und Erreichbarkeit (z.B. Telefonnummern des behandelnden Arztes, des Notdienstes, des nächstgelegenen Fachkrankenhauses).

Stationäre Behandlung bei:

- × ausgeprägter Symptomatik
- × körperlichen Beeinträchtigungen
- × Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- × erschöpften ambulanten Maßnahmen
- × Nicht-Ansprechen und Therapieresistenz auf die medikamentöse Behandlung

AKTIVER UMGANG MIT DER BIPOLAREN STÖRUNG

Für einen positiven Krankheitsverlauf ist entscheidend, ob es dem Erkrankten und seinen Angehörigen gelingt, vom passiven „Leiden“ an der bipolaren Erkrankung zu einem aktiven und offenen Umgang mit der Erkrankung zu gelangen.

Trotz und gerade wegen der vielfältigen Belastungen infolge der Erkrankung für den Patienten wie für seine Angehörigen ist es unabdingbar, dass sich die Betroffenen über die bipolare Erkrankung informieren und aktiv mit ihren Folgen auseinandersetzen. Wichtigste Hilfen sind hierbei die bereits in den Kapiteln „Psychotherapie und Psychoedukation“ genannten Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung.

Neben diesen, meist von professionellen Helfern geleiteten psychoedukativen Gruppen, ist ein Austausch in Selbsthilfegruppen oft sehr hilfreich: Durch die Erfahrung, dass andere mit ähnlichen belastenden Gefühlen und Problemen infolge der Erkrankung kämpfen, und über den Austausch von konkreten Hilfen zur Bewältigung können Erkrankte wie Angehörige viel Entlastung erfahren (siehe nachstehendes Kapitel zu Selbsthilfe und Trialog). Über die Website der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (www.dgbs.de) wie auch über den Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen (www.bapk.de) sind entsprechende Adressen und Ansprechpartner zu erfahren.

Da psychische Erkrankungen in der Gesellschaft immer noch nicht so akzeptiert sind wie körperliche Erkrankungen, ist es für die Betroffenen besonders wichtig, Unterstützung im Umgang mit den alltäglichen Belastungen infolge ihrer Erkrankung zu erfahren: Dazu gehören insbesondere Umgang mit mangelnder Information über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten, mangelnder institutioneller Unterstützung, Nachteilen im Berufsleben und Erfahrungen von Stigmatisierung und Vorurteilen im sozialen Umfeld.

Ferner benötigen Betroffene emotionale Entlastung: Vielfach belasten sie Zukunftsängste, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Gefühle von Scham und Peinlichkeit sowie Trauer um nicht mehr erfüllbare Lebensziele. Nur wenn die Erkrankten den Mut finden, diese Gefühle und ihre Probleme offen anzusprechen, z.B. durch das Vorbild von anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen, können sie auch Unterstützung erfahren.



SELBSTHILFE UND TRIALOG

Neben der vertrauensvollen und kooperativen Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt und/oder Therapeuten sowie der regelmäßigen und konsequenten Einnahme von verordneten Medikamenten, gibt es noch weitere Maßnahmen, mit denen der Gesundheitszustand nachhaltig verbessert werden kann. Diese Maßnahmen können unter den Stichworten „Selbsthilfe“ und „Hilfe zur Selbsthilfe“ zusammengefasst werden. Ihnen gemeinsam ist, dass sie jederzeit selbst angewendet werden können.

Entstanden ist die Selbsthilfebewegung aus den Selbsthilfegruppen heraus. Selbsthilfegruppen stellen bis heute das zentrale Element der Selbsthilfe dar und leisten einen wichtigen Teil der Versorgung von psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen. Im Internet existieren heute auch virtuelle Selbsthilfegruppen, die in Form von Foren, Chats und Messenger-Netzwerken organisiert sind. Sie sind wichtige Ergänzungen zu realen Selbsthilfegruppen und Alternativen für Menschen, die keine Selbsthilfegruppe vor Ort besuchen können. Zunehmend in den Fokus der Selbsthilfemöglichkeiten geraten auch Fragen des Lebensstils wie gesunde Ernährung, Sport und Schlafgewohnheiten. Viele Patienten erleiden durch die medikamentöse Behandlung eine beträchtliche Gewichtszunahme. Eine Ernährungsumstellung, zusammen mit Sport, kann neben einer Gewichtsabnahme eine Verbesserung von Stimmung und Antrieb bewirken. Obendrein kann sich der häufig gestörte Schlaf bessern, nicht zuletzt trägt es zur Verhütung von Sekundärerkrankungen wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bei.

Es ist sinnvoll, sich über möglichst viele Aspekte der Bipolaren Störung und die verschiedenen Behandlungsmethoden zu informieren. Mit dem Wissen über die Erkrankung wächst auch das Verständnis des eigenen, individuellen Krankheitsverlaufes. Bisher nicht berücksichtigte Behandlungsmethoden können so entdeckt und mit dem Arzt besprochen werden.

Von großer Bedeutung ist das Arztgespräch und die Kommunikation mit den Angehörigen, denen insbesondere in akuten Krisen und der Krisenbewältigung eine wichtige Rolle zukommt. Für den Arzt ist es wichtig, dass ihm möglichst alle relevanten Informationen über Ihre gesundheitliche Situation bekannt sind. Nur dann kann er Sie entsprechend professionell beraten und die für Sie individuell passende Medikation bestimmen. Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist eine Grundvoraussetzung für einen Behandlungserfolg. Dabei können auch Angehörige nützliche Hinweise geben, die für den Arzt von Bedeutung sind, vom Patienten aber nicht als erwähnenswert eingestuft werden.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen vor Ort stellen das zentrale Element der Selbsthilfe dar. Sie sind sowohl für Ersterkrankte, langjährig Erkrankte und Angehörige eine wichtige Anlaufstelle, die als unterstützend und hilfreich erlebt wird. Auf der Website der DGBS finden Sie unter dem Punkt „Selbsthilfe“ eine Liste der Bipolar-Selbsthilfegruppen in Deutschland.

Für Betroffene

Betroffene erleben es in der Regel als sehr hilfreich, wenn sie sich mit anderen Menschen, die ebenfalls von der Erkrankung betroffen sind, austauschen können. Der Austausch mit anderen Erkrankten hilft Krankheitskompetenz zu entwickeln. Gemeinsam mit und von anderen zu lernen ist ein zentrales Element in den Selbsthilfegruppen. Auch sehr persönliche und intime Themen können dort diskutiert werden. Die Treffen dauern in der Regel 90 bis 120 Minuten und finden zwischen wöchentlich und einmal pro Monat statt. Im Durchschnitt treffen sich in einer Gruppe zwischen 6 bis 10 Teilnehmer. Das Besprochene bleibt in der Gruppe und wird nicht nach außen getragen.

Eine Selbsthilfegruppe kann in Krisensituationen ein stützendes und stabilisierendes Element darstellen, mit dem die Krise schneller überwunden, die Aufenthaltsdauer in einer Klinik eventuell sogar verkürzt werden kann. Durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe entstehen neue soziale Kontakte, häufig auch Freundschaften. Das Verständnis für die Krankheit kann durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erweitert werden. Menschen, die erst kürzlich die Diagnose Bipolare Störung erhalten haben, können von den Erfahrungen langjähriger Selbsthilfe-Engagierter profitieren.

Für Angehörige

Leider noch immer wird die Rolle von Angehörigen in der Behandlung von Bipolaren Störungen im psychiatrischen Behandlungsalltag nicht ausreichend gewürdigt. Erkrankter Partner, der Sohn, die Tochter oder ein Elternteil, fühlen sich die Angehörigen oft unzureichend unterstützt und zu wenig mit in die Behandlung einbezogen. Der psychosoziale und finanzielle Scherbenhaufen, der durch Manie und Depression häufig entstanden ist, belastet sie genauso. Dazu kommt noch die gefühlte Verantwortung für den Erkrankten. In dieser Situation kann es auch für Angehörige sinnvoll sein, sich für die Teilnahme in einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe zu entscheiden. Es existieren spezielle Gruppen von und für Angehörige, in denen vergleichbare Regeln wie in Gruppen für Betroffene gelten. Angehörige können in den Gruppen lernen, wie sie mit der Erkrankung ihres Partners, Kindes oder Elternteils besser umgehen und diese wirksamer unterstützen können. Außerdem können sie lernen, sich abzugrenzen und rechtzeitig zu erkennen, wann es besser ist, sich zurückzuziehen.

Virtuelle Selbsthilfe

Wenn keine Möglichkeit besteht, eine Selbsthilfegruppe vor Ort zu besuchen oder Berührungspunkte gegenüber dem Outing in einer Gruppe bestehen, können Angebote der virtuellen Selbsthilfe wie Diskussionsforen und Chaträume im Internet eine Alternative darstellen. Außerdem können sie den Besuch einer realen Selbsthilfegruppe sinnvoll ergänzen. Vielen Menschen fällt es unter dem Deckmantel eines Pseudonyms leichter, über persönliche und belastende Themen zu sprechen. Außerdem hat das Schreiben an sich schon bei vielen einen therapeutisch wirksamen Effekt und unterstützt die Selbstreflexion.

Foren

Diskussionsforen im Internet sind die populärste Form der virtuellen Selbsthilfe. Es existieren Selbsthilfeforen zu praktisch allen Krankheiten. Für viele Erkrankte und deren Angehörige sind sie neben dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt eine wichtige Quelle für Informationen und Plattform für den Austausch mit anderen Erkrankten und Angehörigen. Durch die Anonymität ist ein offener, ungehemmter Austausch erleichtert. Durch die hohe Teilnehmerzahl erhält der Fragende meistens schon nach wenigen Stunden nützliche Antworten. Der Austausch mit anderen Erkrankten und Angehörigen ist bereichernd und hat ähnliche Effekte wie der Besuch einer realen Selbsthilfegruppe. Durch zunehmendes Wissen über die Erkrankung und Behandlungsstrategien wird die Selbstkompetenz gestärkt. Oft entstehen auch virtuelle Freundschaften, aus denen sich reale Treffen ergeben können. Der Gebrauch von Pseudonymen vermeidet, dass persönliche Angaben der realen Person zugeordnet werden können. Eine große Stärke der Internetforen ist das Wissen und die Erfahrung vieler Teilnehmer. Selbst zu äußerst spezifischen Fragen sind in der Regel hilfreiche Antworten erhältlich. Gleichzeitig kann für die Recherche das umfangreiche Archiv, in dem alle häufig gestellten Fragen schon mehrfach beantwortet wurden, genutzt werden. Bei der Teilnahme an Selbsthilfeforen ist zu beachten, dass wie überall im Internet, durch die Anonymität teilweise hemmungsloser und direkter kommuniziert wird. So können unter Umständen emotional stark belastende Situationen entstehen. Je nach Belastbarkeit kann dies die eigene Konfliktfähigkeit schulen oder über das gesunde Maß hinaus belasten. Dann ist es sinnvoll, eventuell andere Chaträume aufzusuchen oder so lange auf Abstand zu gehen, bis man wieder gelassen mit der Situation umgehen kann.

Chats und Instant Messenger

Chaträume und Instant Messenger wie Skype oder ICQ ermöglichen den direkten und unmittelbaren Austausch. Ein Chat kann wie eine Selbsthilfegruppe mit den klassischen Selbsthilfegruppenregeln organisiert sein, deren Teilnehmer sich z.B. 1x wöchentlich zu einer bestimmten Zeit treffen. Daneben gibt es öffentliche Chats, an denen grundsätzlich jeder teilnehmen kann. Aus der Teilnahme an Foren und Chaträumen ergeben sich in der Regel auch immer private Chatkontakte. Dafür werden Instant Messenger wie Skype oder WhatsApp genutzt. Solche Kontakte können eine wertvolle Stütze bei der Bewältigung der Krankheit sein.

Suchtgefahr

Allgemein sollte darauf geachtet werden, dass das soziale Leben nicht komplett in die virtuelle Welt verlagert wird. Virtuelle Kontakte und Erfolgserlebnisse sind einfacher zu erreichen als „reale“ Kontakte und Erfolge in der „echten“ Welt. Reale soziale Aktivitäten sollten virtuellen immer vorgezogen werden. Eine Flucht in virtuelle Welten, mögen sie sich auch noch so real anfühlen, löst die real existierenden Probleme nicht.

WIE KÖNNEN ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN?

Viele der genannten Probleme der Erkrankten belasten auch die Angehörigen des Erkrankten. **Nicht alleine der bipolar Erkrankte leidet unter der Erkrankung und deren Folgen, sondern seine gesamte Familie ist betroffen.** Oft sind es gerade die unmittelbaren Angehörigen, die erste Veränderungen infolge der Erkrankung bei ihrem Familienmitglied feststellen und den ersten Gang zum Psychiater motivieren.

Angehörige spielen jedoch nicht nur beim Erkennen von Krankheitssymptomen eine entscheidende Rolle, sondern sie sind häufig auch die maßgebliche Stütze des Erkrankten im Verlauf der Erkrankung überhaupt und tragen insbesondere zur Vermeidung von Rückfällen Entscheidendes bei. Sie spüren häufig als erstes Stimmungs- und-/oder Antriebsveränderungen bei ihrem erkrankten Familienmitglied und können so frühzeitig den Gang zum Therapeuten motivieren und schwerere Rückfälle verhindern helfen. Während die Angehörigen in depressiven Phasen des Betroffenen häufig dem sozialen Rückzug des Erkrankten durch ihre vermehrte Präsenz und Aufmerksamkeit entgegenwirken zu suchen, bringen die manischen Episoden des Erkrankten die Angehörigen häufig auf andere Weise an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Für Angehörige ist es dabei hilfreich, sich bewusst zu machen, dass Kritik sowie verbale oder gar tätliche Angriffe des Erkrankten Symptome seiner Erkrankung sind und nicht als persönlicher Angriff missverstanden werden dürfen. Besonders belastend ist es für Angehörige, wenn sie bei Selbstoder Fremdgefährdung den behandelnden Arzt informieren müssen und es zu einer Klinikeinweisung gegen den Willen des Patienten kommt. Um solche Ausnahmesituationen zu erleichtern, ist es sehr hilfreich, wenn zu einem Zeitpunkt wo der Betroffene gesund ist, gemeinsam ein Krisenplan erstellt wurde. In diesem Notfallplan wird festgehalten, welche Frühwarnzeichen bei früheren manischen/depressiven Episoden beobachtet worden sind, von welchem Arzt/Klinik sich der Betroffene bei einer erneuten Krise behandeln lassen möchte, welche Medikamente in früheren Krisen gut, welche nicht geholfen haben und was die Familie z.B. bei einer erneuten manischen Episode machen soll.

Ferner kann die Familie entscheidend dazu beitragen, dass der Erkrankte übermäßigen Stress, welcher nachweislich ein Mitauslöser eines neuen Krankheitsschubes sein kann, abbaut. Mögliche Stressoren können dabei innerfamiliäre anhaltende Probleme und belastende Kommunikationsstile sein, aber auch ein unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus und fehlende Tagesstruktur. Angehörige können ihr erkranktes Familienmitglied darin unterstützen, einen geregelten Nachtschlaf einzuhalten und ausgewogene Tagesaktivitäten mit ausreichenden Erholungsphasen aufzubauen. Ferner ist sowohl die „Überbehütung“ und Entbindung von allen Alltagsaufgaben wie auch eine Überforderung für den Erkrankten belastend. Angehörige belastet wiederum die Frage, ob ihr erkranktes Familienmitglied bestimmte Aufgaben nicht mehr selber erledigen kann oder nicht erledigen will (Mad-or-Bad Problematik). Hier kann nur das offene ehrliche Gespräch miteinander belastende Missverständnisse vermeiden helfen. Ferner müssen Angehörige auch Sorge für sich selber tragen, um ihre Grenzen der Unterstützung wissen und sich mit gutem Gefühl auch selber immer wieder Gutes tun. Nur wer gut auf sich selber achtet, kann auch stabile Stütze für den Erkrankten sein.



HILFEN FÜR DEN ERKRANKTEN DURCH FAMILIENANGEHÖRIGE

- ✓ Kennen der depressiven und manischen Symptome
- ✓ Frühzeitiges Erkennen der individuellen Frühwarnzeichen des Erkrankten
- ✓ Motivierung zu fachärztlicher Behandlung
- ✓ Unterstützung in der Einhaltung des Therapieplanes
- ✓ Reduzierung von innerfamiliären Stressoren
- ✓ Unterstützung in ausgewogenen Tagesaktivitäten und regelmäßigem Nachtschlaf
- ✓ Motivierung zu Sozialkontakten
- ✓ Unterstützung in (ausgewählt) offenem Umgang mit der Erkrankung
- ✓ Schutz für den akut Erkrankten
- ✓ Absprechen und Einhalten eines Krisenplans
- ✓ Achtsamkeit bzgl. Drogenkonsum (Alkohol, andere Rauschmittel, etc.)

KINDER BIPOLAR ERKRANKTER

Kinder psychisch Kranker sind aufgrund ihrer natürlichen Abhängigkeit die am meisten von psychischer Erkrankung betroffenen Angehörigen, und doch werden sie auch heute noch häufig von professionellen Helfern und der Gesellschaft übersehen.

Kinder bipolar Erkrankter können von vielfältigen psychosozialen Belastungen betroffen sein:

- Leiden unter dem veränderten Verhalten des Elternteils infolge der Erkrankung, welches von geringer Aufmerksamkeit für die Belange des Kindes über einen starken Wechsel von Zuwendung/Liebe und Ablehnung durch das erkrankte Elternteil bis zu einem Einbezogen-Werden in das Wahnsystem oder risikoreiche Verhalten des Erkrankten führen kann.
- Ängste um die erkrankte Mutter/Vater, Angst vor dem erkrankten Elternteil, Zukunftsängste bzgl. des Elternteils/der eigenen Zukunft, Angst vor eigener Erkrankung, Angst die Erkrankung an eigene Kinder weiterzugeben (bis hin zum Versagen des eigenen Kinderwunsches), existenzielle Ängste bzgl. eines geringen Familieneinkommens
- Alleinverantwortung, Übernahme von nicht altersentsprechenden Aufgaben/Verantwortung gegenüber dem erkrankten Elternteil/jüngeren Geschwistern (Parentifizierung)
- Schuld- und Schamgefühle, Rat- und Hilflosigkeit, Verzweiflung und Einsamkeit, welche durch familiäre „Geheimhaltungsregeln“ („die Erkrankung geht niemanden außerhalb der Familie etwas an“) noch verstärkt werden und den sozialen Rückzug fördern
- (Traumatisierende?) Verlusterfahrungen z.B. bei akuten Klinikeinweisungen
- Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung
- Infolge dieser vielfältigen Belastungen verschiedene psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Konzentrationsstörungen in der Schule.

Kinder bipolar Erkrankter brauchen deshalb vielfältige und niederschwellige Hilfen. Damit die Kinder überhaupt Unterstützung erfahren können, benötigen zunächst die Eltern Informationen und das Vertrauen, dass ihnen das Kind nicht „weggenommen“ werden soll, sondern dass gemeinsam mit ihnen nach bestmöglicher Unterstützung des Kindes gesucht wird. Kinder haben äußerst feine Antennen für Veränderungen im Verhalten ihrer Eltern und eine rege Phantasie bzgl. der Ursachen dieser Veränderungen. Sie brauchen deshalb (wiederholt) die Zusage, dass sie durch ihr Verhalten die Erkrankung ihres Elternteils nicht verursacht haben. Kinder müssen in kindgerechter Sprache über die Erkrankung ihres Elternteils aufgeklärt werden. Sie brauchen Tipps zum Umgang mit dem Erkrankten und Hilfe, wie sie mit Stigmatisierungen durch Alterskameraden umgehen können. Sie brauchen wieder die „Erlaubnis zum Kindsein“ und zur Verantwortungsabgabe an andere (institutionelle) Helfer.

Insbesondere bei Alleinerziehenden muss für das Kind in akuten Krankheitsphasen eine bekannte konstante Bezugsperson für das Kind da sein („Patenschaften“). Auch durch den Austausch mit anderen Kindern psychisch Kranker können Kinder zu mehr Selbstbewusstsein und offenerem Umgang mit der Erkrankung finden. Gute Informationen vermittelt hierzu auch die Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ (www.bag-kipe.de).

Ziel muss sein, den Kindern trotz der Erkrankung des Elternteils Stabilität und Vertrauen zu vermitteln. Dazu brauchen Kinder bipolar Erkrankter wie alle Kinder nicht zuletzt auch die unbedingte Zusage, dass sie geliebt werden, auch wenn das erkrankte Elternteil in akuten Krankheitsphasen seine Liebe nicht immer zeigen kann.

Schützende Faktoren für Kinder

UMWELT

- Unterstützung des Kindes durch andere Familienmitglieder (z. B. Großeltern)
- stabiles Zuhause
- stabile Beziehungen in der Familie und im Freundeskreis
- Unterstützung von Ärzten/Lehrern

INDIVIDUELLE FAKTOREN

Widerstandsfähigkeit des Kindes

- ausgeglichenes Temperament
- Kontaktfreudigkeit
- soziale Kompetenzen
- körperliche Attraktivität
- gutes Selbstbewusstsein
- Fähigkeit, Probleme zu lösen
- gute Durchsetzungsfähigkeit
- eigene Interessen



BUCHEMPFEHLUNGEN

RATGEBER

Peter Bräunig

Leben mit Bipolaren Störungen

Verlag: Trias | Überarbeitete Ausgabe 2018

Monica Ramirez Basco

Manie und Depression – Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen

Verlag: Balance Buch + Medien | Überarbeitete Ausgabe 2017

Daniel Illy

Ratgeber Bipolare Störungen: Hilfe für den Alltag

Verlag: Urban & Fischer | 2016

Janine Berg-Peer

Aufopfern ist keine Lösung:

Mut zu mehr Gelassenheit für Eltern psychisch erkrankter Kinder

Verlag: Kösel | 2015

Candida Fink & Joseph Kraynak

Manisch-depressiv für Dummies

Verlag: Wiley VCH | 2009

Thomas Bock

Achterbahn der Gefühle: Mit Manie und Depression leben lernen

Verlag: Balance Buch + Medien | 2007

SACHBÜCHER

Michael Bauer (Hrsg.)

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen

Verlag: Springer | 2013 (in Überarbeitung)

BIOGRAPHIEN UND ROMANE

Thomas Melle

Die Welt im Rücken

Verlag: Rowohlt Berlin | 2016

Kay Redfield Jamison

Meine ruhelose Seele: Die Geschichte einer Bipolaren Störung

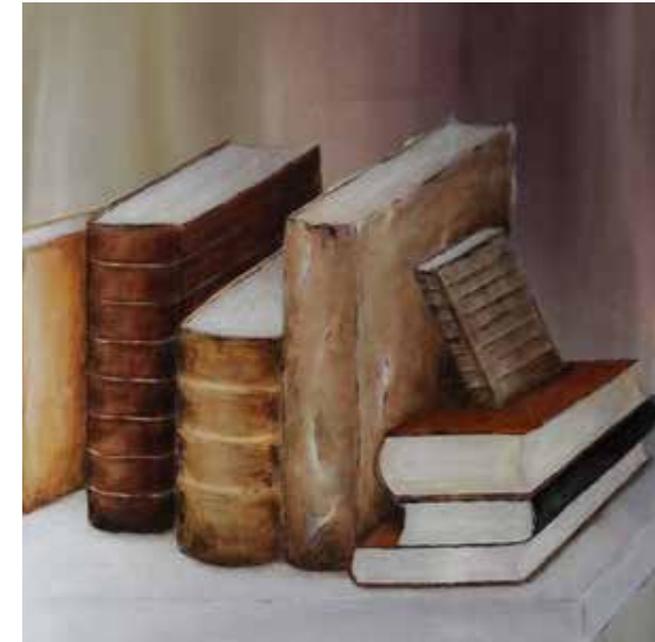
Verlag: mvg | Wiederauflage 2014

Sebastian Schlösser

Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise:

Ein Vater schreibt Briefe über seine Zeit in der Psychiatrie

Verlag: Ullstein | 2012



*Eine ausführliche Liste an Ratgebern und Fachbüchern
finden Sie auf unserer Internetseite*

www.dgbs.de

ADRESSEN

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

Postanschrift Geschäftsstelle:
DGBS · Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

Tel.: 0700/333 444 54
*(12 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, unterschiedlich
hohe Gebühren aus dem Mobilfunknetz)*

E-Mail: info@dgb.de
Web: www.dgb.de

Beratungstelefon für Betroffene, Angehörige
und professionelle Behandler: 0700 / 333 444 55
*(12 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, unterschiedlich
hohe Gebühren aus dem Mobilfunknetz)*

Montag	10:00 bis 13:00 Uhr
Dienstag	14:00 bis 17:00 Uhr
Mittwoch	15:00 bis 18:00 Uhr
Donnerstag	17:00 bis 20:00 Uhr
Freitag	10:00 bis 13:00 Uhr
Samstag	10:00 bis 13:00 Uhr

Familien-Selbsthilfe (Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen (BAPK))

Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn
Tel.: 0228 / 710 024 00
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
Web: www.bapk.de

Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“

Email: kontakt@bag-kipe.de
Web: www.bag-kipe.de

Adressen von Selbsthilfegruppen für bipolar erkrankte Menschen und Angehörige:

auf der Internetseite der
Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
www.dgbs.de
Telefonisch unter 0700 / 333 444 54

NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115 · 10585 Berlin
Tel.: 030 / 31 01 89 60
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Web: www.nakos.de

ZIELE & ENTWICKLUNGSSCHRITTE DER DGBS

Hauptanliegen unserer Arbeit ist, Menschen Unterstützung zu geben, die als Erkrankte oder Angehörige von einer Bipolaren Störung betroffen sind. Durch eine gelebte trialogische Vereinskultur möchten wir insbesondere die Selbsthilfe, aber auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild fördern und darüber hinaus Aufmerksamkeit, Verständnis und Akzeptanz für Bipolare Störungen in der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik erhöhen.

- 1999 ▶ Gründung als Fachgesellschaft im Rahmen der 3rd International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh/USA
- 2000 ▶ Öffnung als trialogische Gesellschaft für Professionelle, Betroffene, Angehörige
- 2001 ▶ Internetseite www.dgbs.de
 - ▶ 1. DGBS-Jahrestagung in Freiburg im Breisgau
- 2002 ▶ Internetforum für Betroffene und Angehörige: www.bipolar-forum.de
 - ▶ Herausgabe des ersten Weißbuches für Bipolare Störungen in Deutschland
- 2003 ▶ Entwicklungsunterstützung für ein elektronisches Patiententagebuch
 - ▶ Start der DGBS-Schriftenreihe
- 2004 ▶ Gründung des Bipolar Selbsthilfenetzwerkes BSNe, ein Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen aus dem gesamten Bundesgebiet
- 2005 ▶ Herausgabe der Mitgliederzeitschrift InBalance
 - ▶ Gründung des „DGBS Arbeitskreis Junge Wissenschaftler“
- 2006 ▶ Start der Fortbildungsseminare für Ärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen
 - ▶ der erste DGBS-Film: „Die Pole des Saturn - Leben zwischen Manie und Depression“
 - ▶ Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland, 2. überarbeitete Auflage
 - ▶ 1. Seminar für Angehörige von bipolar Erkrankten
- 2007 ▶ 1. Gesundheitstag Bipolare Störungen am 8. Mai 2007 im Französischen Dom, Berlin
 - ▶ Gründung der Stiftung für Bipolare Störungen IN BALANCE durch die Schauspielerin Eleonore Weisgerber
 - ▶ Vorstellung der Stiftung in der ZDF-Sendung „Johannes B. Kerner“
- 2008 ▶ Start zur Erarbeitung einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bei Bipolaren Störungen in Kooperation mit der DGPPN
- 2009 ▶ Satzungsänderungen: Stärkung der Selbsthilfe als Vereinsziel
 - ▶ Gründung des Arbeitskreises Betroffenenelbsthilfe
 - ▶ Outcome-Analyse im Rahmen der S3-Leitlinie zur Untersuchung der aktuellen Versorgungssituation bipolarer Patienten in Deutschland

- 2010 ▶ 10. Jubiläums-Jahrestagung der DGBS in Friedrichshafen / Bodensee
 - ▶ Ausbau des Serviceangebots (z.B. Beratungstelefon für Betroffene und Angehörige, Newsletter)
- 2011 ▶ Relaunch der Mitgliederzeitschrift InBalance
 - ▶ Neugestaltung des Internetauftritts
 - ▶ erweitertes Angebot der telefonischen Beratung von Betroffenen und Angehörigen durch Ehrenamtliche
- 2012 ▶ Online-Veröffentlichung der S3-Leitlinie unter www.leitlinie-bipolar.de
 - ▶ neue DGBS Patientenbroschüre; gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium
 - ▶ erste Schritte zur Schaffung eines bundesweiten Selbsthilfenetzwerks auf Landesebene in Nachfolge des BSNe
- 2013 ▶ Veröffentlichung der S3-Leitlinie in Buchform (Springer-Verlag)
 - ▶ DGBS Broschüre für Hausärzte
 - ▶ Die DGBS wird „Associate Member“ der „International Society for Bipolar Disorders“ (ISBD)
 - ▶ Verleihung des ersten DGBS-Gütesiegels an die LWL-Klinik Dortmund
 - ▶ Gründung des Angehörigenarbeitskreises
- 2014 ▶ Weitere beispielhafte Kliniken werden von der DGBS ausgezeichnet und damit für bipolar Betroffene empfohlen
 - ▶ Beim Kongress der ISBD in Seoul, Südkorea, stellt die DGBS ihr trialogisches Konzept vor
 - ▶ Mit der „Bipolar Roadshow“ gastiert die DGBS in acht deutschen Städten und macht mit einem kulturellen Programm auf die Erkrankung aufmerksam
 - ▶ Erstmals Verleihung des Aretäus-Preises
 - ▶ Einführung der DGBS-Referate in der Nachfolge der bisherigen Arbeitskreise
- 2015 ▶ 15. Jubiläums-Jahrestagung der DGBS in Essen
 - ▶ Neukonzipierung der Jahrestagung: Aufteilung in zwei parallele Veranstaltungen mit vielen Schnittpunkten
 - ▶ Einführung Projekt „Lernort Selbsthilfe“: Seminare zur Schulung von Selbsthilfegruppenleitern
 - ▶ Das Beratungstelefon ist dank ehrenamtlicher Unterstützung nunmehr an fünf Tagen der Woche zu erreichen
 - ▶ Die Beiträge im Internetforum durchbrechen die 500.000-Grenze
- 2016 ▶ Umzug der Geschäftsstelle nach Frankfurt am Main
 - ▶ Fortsetzung der Seminarreihen für Angehörige und Selbsthilfaktive
 - ▶ Mitgestaltung des ISBD-Kongresses in Amsterdam
- 2017 ▶ Update der S3 Leitlinie Bipolare Störungen
 - ▶ Fortsetzung der Veranstaltungsreihe „Bipolar Roadshow“

KENNEN SIE SCHON...

- ... unsere **Website www.dgbs.de** mit den umfassendsten Informationen zu Bipolaren Störungen im deutschsprachigen Internet?
- ... unser **Beratungstelefon**? Unter der Nummer **0700 333 444 55** sind wir an fünf Tagen in der Woche für Sie da. Die genauen Zeiten entnehmen Sie bitte unserer Website.
- ... unsere **Beratung per Mail**? Sie erreichen uns unter der Adresse info@dgbs.de.
- ... unsere **Angehörigenseminare**? Diese bundesweit durchgeführten Seminare sind regelmäßig ausgebucht. Auf unserer Website können Sie sich über die nächsten Seminare informieren.
- ... unsere **psychoedukative Website www.ratgeber-bipolar.de**? Hier werden Sie über alle Aspekte der Erkrankung aufgeklärt. Übersichtlich, leicht verständlich und einprägsam.
- ... unser **Selbsthilfe-Internetforum www.bipolar-forum.de**? Tauschen Sie sich hier mit anderen Betroffenen, Angehörigen und Interessierten aus.
- ... unsere **Mitgliederzeitschrift „InBalance“**? Auch Nichtmitglieder können diese gegen eine geringe Schutzgebühr beziehen. E-Mail an info@dgbs.de genügt.
- ... unsere **Broschüren und Flyer**? Unsere Broschüre für Patienten und Angehörige, die DGBS-Hausarzt- und unsere Fundraisingbroschüre können Sie ebenso wie unsere Flyer und Informationsmaterialien über unsere Website beziehen.
- ... unsere Aktion **DGBS kreativ**? In einem speziellen Bereich unserer Website stellen kreativ tätige bipolar Betroffene sich und ihre Werke vor.
- ... unser Anti-Stigma-Projekt **Bipolar Roadshow**? Auf www.bipolar-roadshow.de erfahren Sie mehr darüber.
- ... unseren **Newsletter**, mit dem Sie in Sachen Bipolare Störung und DGBS auf dem Laufenden gehalten werden? Sie können ihn auf unserer Website www.dgbs.de ganz einfach abonnieren.
- ... unser Projekt **Lernort Selbsthilfe**? Diese Fortbildungsseminare für Leiterinnen und Leiter von Bipolar-Selbsthilfegruppen finden zweimal jährlich statt. Mehr darüber und die aktuellen Termine auf unserer Website.
- ... unsere **Unterstützungspakete für Selbsthilfegruppen**? DGBS-Mitglieder können das Starterpaket für neu zu gründende und das Basispaket für bestehende Bipolar-Gruppen gegen eine geringe Gebühr bei uns bestellen.

Hiermit beantrage ich die DGBS-Mitgliedschaft. Als DGBS-Mitglied sind Sie stets aktuell informiert, erhalten kostenfrei unsere Mitgliederzeitschrift *InBalance* und zahlen ermäßigte Teilnahmegebühren bei DGBS-Veranstaltungen. Und Sie unterstützen unseren Einsatz für die Belange und Interessen bipolar Erkrankter und ihrer Angehörigen.

- Mitglied werden** Jahresbeitrag für Mitgliedschaft:
- 60,00 € Stabilitäts-Mitgliedsbeitrag**
Für alle, denen es wichtig ist, dass sich die DGBS stabil, anspruchsvoll u. unabhängig weiterentwickelt
- 40,00 € Standard-Mitgliedsbeitrag**
- 20,00 € ermäßigter Mitgliedsbeitrag**
Für Schüler, Studenten und Personen, die Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder ALG II erhalten, gegen schriftlichen Nachweis

Wir hoffen natürlich, dass sich viele Mitglieder für den Stabilitätsbeitrag entscheiden. In der Mitgliederversammlung hat jedes Mitglied eine Stimme.

** Pflichtfeld, bitte unbedingt ausfüllen!*

Titel / Vorname / Nachname *

Klinik / Praxis

Straße *

PLZ / Ort / Land *

Telefon / Fax

E-Mail *

Freiwillige Angabe: Ich bin Betroffene/r Angehörige/r professionelle/r Behandler/in Interessierte/r

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

*Hiermit ermächtige ich die DGBS Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Zahlungen mittels Lastschriften von meinem u. g. Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGBS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

Bitte senden an: **DGBS, Klinik für Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main**

DIE KREATIVE SEITE DER BIPOLAREN STÖRUNG

Diese Broschüre zeigt Werke bipolarer Künstlerinnen und Künstler:

Aquarius | 55171 (S. 01/02), 65398 (S. 19)

Bildname? (S. 28), *Bildname?* (S. 30), *Bildname?* (S. 31)

Kolja Kohnen | *Birds at Lake* (S. 06), *Bon appetit* (S. 38/39), *Brücke* (S. 42)

Martin Kolbe | *Dynamics* (S. 04), *The Cut* (S. 08/09), *Blue Burst* (S.22/23)

Florette Hill | *Moos* (S. 10/11), *hold me tight* (S. 52)

Franzi Lange | *Untergehen* (S. 12), *Hilflos* (S. 13), *Ein Zimmer in der Stadt* (S. 14),
Der Bücherwald (S. 50)

Holger Rudolph | *Schneebiester* (S. 16)

Yvonne Lautenschläger | *Veggie Tango* (S. 18), *curriculum vitae* (S.26), *2 Sisters No. II* (S. 47),
Bubblegum Machine (S.51), *Veggie Spa* (S. 59)

Friday | *Splash* (S. 20/21), *Rolltreppe HBF Berlin* (S.32)

Andreas Rosenberger | *7x7x7 (7)* (S. 36/37)

Im Bereich „DGBS kreativ“ auf unserer Website www.dgbs.de finden Sie weitere Arbeiten bipolarer Künstlerinnen und Künstler in den Genres Malerei, Zeichnung und Collage sowie Fotografie, Lyrik, Kurzgeschichten, Musik und Video.



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



IM WECHSELBAD DER GEFÜHLE – MANIE UND DEPRESSION: DIE BIPOLARE STÖRUNG

Jeder Mensch kennt Momente der Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und fehlender Lebensfreude. Die Übergänge von solchen „normalen“ Stimmungsschwankungen zur behandlungsbedürftigen Erkrankung sind oft fließend. Die Bipolare Störung, früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet, ist ein episodisch verlaufendes Krankheitsbild mit starken Stimmungsveränderungen und erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität.

Dieser Ratgeber informiert leicht verständlich über die verschiedenen Erscheinungsbilder von Depression und Manie. Er erklärt, wie man diese Erkrankung erkennen kann und wie sie verläuft. Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen, die bei der Bipolaren Störung zum Einsatz kommen, werden besprochen. Dieser Ratgeber ist als Erstinformation für Betroffene und Angehörige gedacht. Herausgeber ist die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V., ein gemeinnütziger Verein, dessen wesentliche Ziele sind, die Bedürfnisse von Menschen mit einer Bipolaren Störung in der Öffentlichkeit und in der Politik zur Geltung zu bringen sowie Selbsthilfe und Fortbildung zu unterstützen.

DIE AUTOREN

PD Dr. phil. Rita Bauer Dipl.-Psych., Dipl.-Theol., Psychologische Psychotherapeutin (VT), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer Direktor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, ehemaliger 1. Vorsitzender der DGBS

Dr. med. Ulrike Schäfer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Göttingen

Volker Mehlfeld ehemaliger Betroffenenvertreter im Vorstand der DGBS, Berlin

Martin Kolbe Musiker, Betroffenenvertreter im Vorstand der DGBS, Zürich